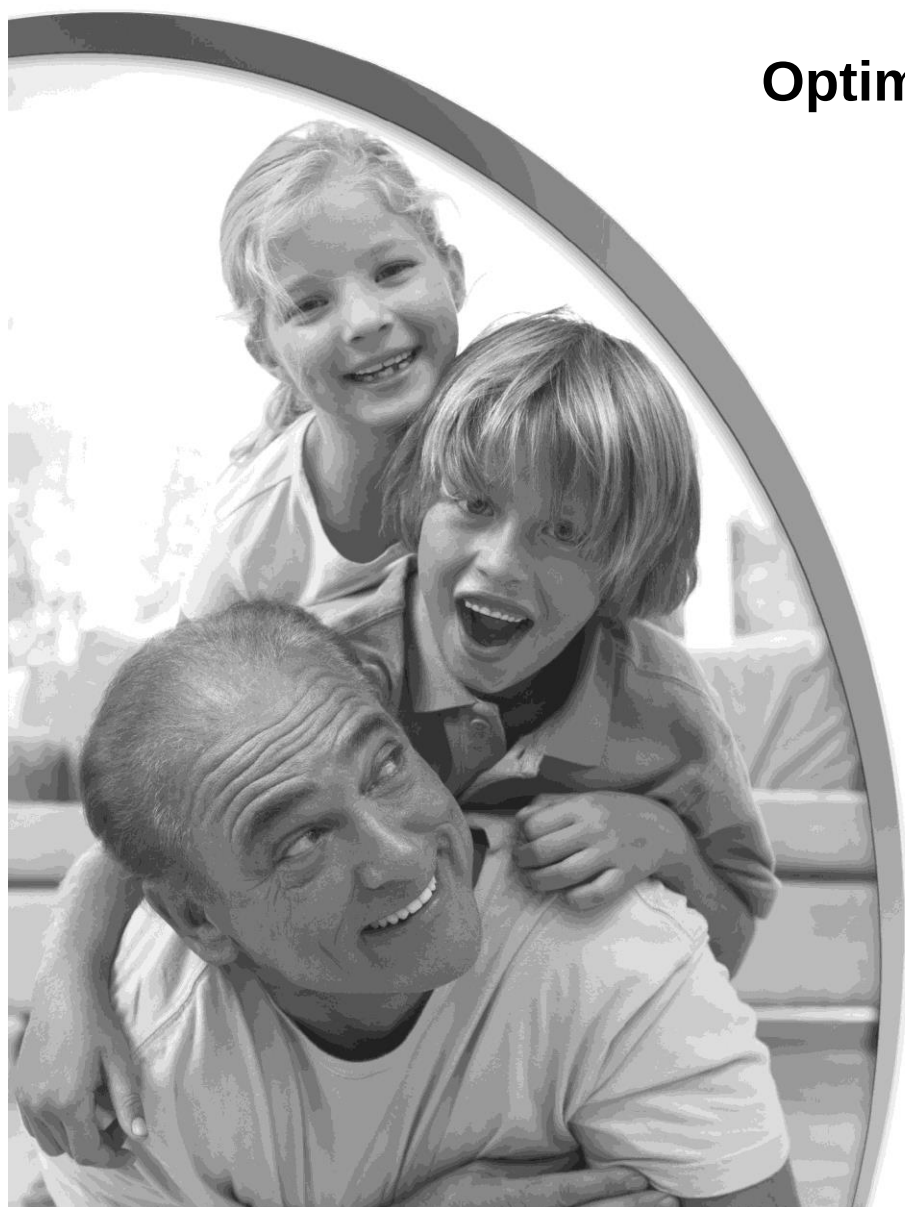




2024

Evidencia de Cobertura

**Optimum Diamond Rewards
(HMO C-SNP)**



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare como miembro de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para cuidado de la salud médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-245-5360 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP), es ofrecido por Optimum HealthCare, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos", o "nuestro/a", hace referencia a Optimum HealthCare, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Optimum HealthCare, Inc.).

Este documento está disponible gratis en otros idiomas. También podemos brindarle información en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita.

Los beneficios, copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios por lo menos 30 días por adelantado.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender lo siguiente:

- sus costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Tabla de Contenido**Evidencia de Cobertura de 2024****Tabla de Contenido**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes sobre la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para el plan	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan	14
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono importantes recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1	Contactos de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	32
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario	34
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	34
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2	Utilice los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	38
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	44
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	45

Tabla de Contenido

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	48
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	51
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	Utilice la <i>tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	112
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	116
SECCIÓN 1	Introducción	117
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	117
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	121
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	124
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	126
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	129
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	131
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	133
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	134
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	136
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	139
SECCIÓN 1	Introducción	140
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....	143
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	143
SECCIÓN 4	No hay un deducible para el plan.....	145
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	145
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de periodo sin cobertura.....	150
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.....	151

Tabla de Contenido

SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	151
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</i>	154
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	155
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	157
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	158
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	159
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	166
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</i>	168
SECCIÓN 1	Introducción	169
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	170
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	170
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	171
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	174
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	183
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	193
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto	201
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	208
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	211
CAPÍTULO 10:	<i>Finalizar su membresía en el plan</i>	215
SECCIÓN 1	Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	216
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	216
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	219

Tabla de Contenido

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	219
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	220
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	222
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	223
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	223
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	223
SECCIÓN 4	Aviso informándoles a las personas sobre la no discriminación y requisitos de accesibilidad	224
SECCIÓN 5	Inserto para varios idiomas	225
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	227

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está actualmente inscrito en Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (“Plan de necesidades especiales”)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP).

Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) es un plan HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) de Medicare Advantage aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

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

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

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos cobertura y servicios cubiertos hacen referencia a la atención médica, los servicios médicos y los medicamentos recetados que tiene a su disposición como miembro de nuestro plan.

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

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

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 nuestro plan cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en el plan desde el 1.º de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Cada año, puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

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

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente 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 padecen ciertas afecciones. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 2.2 Esta es el área de servicio de nuestro plan**

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Brevard, Charlotte, Collier, Indian River, Lee, Martin y St. Lucie.

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

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al plan si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Nuestro plan debe cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

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

H5594 MAPD ID CARD 2024

 OPTIMUM HealthCare, Inc. <INSERT PLAN NAME> ID: <0000000000> <FIRST><MI><LAST>  MedicareRx Prescription Drug Coverage	RXBIN: <XXXXXX> RXPCN: <XXX> RXGRP: <XXXXXXXX> RXID: <Insert member ID#> Issuer: <XXX>
	Eff. Date: <xx/xx/xxxx> PCP: <FIRST><LAST> Phone: <xxx-xxx-xxxx>

PCP Office Visit: <\$> Specialty Office Visit: <\$>	Urgent Care: <\$> ER: <\$>
Member Services: <X-XXX-XXX-XXXX> TTY/TDD: <X-XXX-XXX-XXXX> www.youroptimumhealthcare.com	
Provider Services (UM): <X-XXX-XXX-XXXX> 24/7 Nurse Advice Line: <X-XXX-XXX-XXXX> Pharmacy Member Services: <X-XXX-XXX-XXXX> Pharmacy Technical Support: <X-XXX-XXX-XXXX> Caredon Behavioral Health: <X-XXX-XXX-XXXX> Submit all Behavioral Claims to Caredon	Submit Claims to: Optimum HealthCare Claims Department P.O. Box 151258 Tampa, FL 33684 EDI Payer ID: <XXXXXX>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del plan, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que lo muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos. Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están en la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se va en otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar los costos en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que el plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores, farmacias y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.youroptimumhealthcare.com.

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

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el plan

Sus costos pueden incluir los siguientes:

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

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

Como miembro de nuestro plan, usted no paga una prima mensual del plan separada.

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

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

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

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

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, le informamos el monto de la multa.

Usted **no tendrá** que pagarla en los siguientes casos:

- Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si estuvo sin cobertura acreditable menos de 63 días consecutivos.
- Si ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados acreditable que se prevé que pague el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados después de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima fue de \$32.74. Este monto puede cambiar en 2024.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$32.74, que es igual a \$4.58. Se redondea en \$4.60. Esta suma se agregaría **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

Sección 4.4 Monto de ajuste 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 (IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen diversas formas de pagarla**

Hay dos maneras en las que puede pagar su multa. Si no seleccionó una opción de pago al inscribirse en el plan, se lo inscribirá automáticamente en el estado Factura directa y recibirá una factura cada mes. Los pagos deben hacerse mediante cheque o giro postal. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita informar el plan de su elección de opción de pago de la multa, o si necesita ayuda para cambiar la opción de pago de multa por inscripción tardía.

Opción 1: Pagar por medio de un cheque

Puede pagar la multa por inscripción tardía mensual por cheque o giro postal. Las facturas mensuales se enviarán antes del día 15 de cada mes. Los pagos deben ser recibidos antes del día 1 de cada mes. Se le puede cobrar todas las tarifas aplicables por cheques devueltos. Hacer pagos a nombre de Optimum HealthCare, Inc. Envíe pagos a:

Optimum HealthCare, Inc.
P.O. Box 748787
Atlanta, GA 30374-8787

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La dirección física para correo exprés y el correo de un día para otro o para dejar el pago en persona:

Optimum HealthCare, Inc.
5411 SkyCenter Drive, 8th Floor
Tampa, FL 33607

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

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

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe ser recibida en nuestra oficina antes del primer día de cada mes.

Si usted está teniendo problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo y la adeuda, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con los costos.

Al momento en que finalizamos su membresía, es posible que nos adeude la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a demandar el pago del monto de la multa que adeuda. En el futuro, si quiere inscribirse en nuestro plan otra vez (o en otro plan que ofrezcamos), necesitará pagar la cantidad que adeuda antes de poder inscribirse.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía si la adeuda, o puede tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

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

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene pensado participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, llame a Servicios para Miembros. También puede acceder a nuestro Portal para Miembros en nuestro sitio web en www.youroptimumhealthcare.com y enviar una solicitud de cambio para información limitada, como su número de teléfono y dirección.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

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

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

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono importantes
recursos importantes*

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 1 Contactos de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)**

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

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros del plan

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

Método	Servicios para miembros: información de contacto	
TELÉFONO	Preguntas médicas relacionadas: 1-866-245-5360 (las llamadas a este número son gratuitas). 1-813-506-6099 (las llamadas a este número pueden no ser gratuitas). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Servicios para Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.	Preguntas relacionadas con medicamentos recetados 1-833-272-9773 (las llamadas a este número son gratuitas). Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, todo el año. Servicios para Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla). Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.	711 (Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla). Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, todo el año.
FAX	1-813-506-6150	
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. P.O. Box 151137 Tampa, FL 33684	
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com	

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación sobre atención médica**

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

Método	Decisión de cobertura sobre atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-866-245-5360 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-506-6158
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. Attn: Coverage Determinations P.O. Box 151258 Tampa, FL 33684
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-833-272-9773 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-844-430-1704
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. Attn: Pharmacy Department 9250 West Flagler Street, Suite 600 Miami, FL 33174-3460
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelación sobre su atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-866-245-5360 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-506-6235
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. Attn: Appeals Department P.O. Box 152727 Tampa, FL 33684
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-833-272-9773 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-490-5338
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. P.O. Box 151926 Tampa, FL 33684
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

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

Método	Queja sobre su atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-866-245-5360 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-506-6235
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. Attn: Grievance Department P.O. Box 152727 Tampa, FL 33684
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre el plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-866-245-5360 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-506-6235
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. Attn: Grievance Department P.O. Box 152727 Tampa, FL 33684
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre el plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto	
TELÉFONO	Solicitudes médicas: 1-866-245-5360 Las llamadas a estos números son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. O Preguntas relacionadas con medicamentos recetados: 1-833-272-9773 Las llamadas a estos teléfonos son gratuitas. Estamos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.	
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.	
FAX	Solicitudes médicas: 1-813-506-6158	Solicitudes de medicamentos recetados: 1-401-652-1911
CORREO	Solicitudes médicas: Optimum HealthCare, Inc. Attn: Reimbursements P.O. Box 151258 Tampa, FL 33684	Solicitudes de medicamentos recetados: Optimum HealthCare, Inc. Attn: Pharmacy Claims P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com	

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov/ Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	• Medicare Plan Finder (Localizador de planes de Medicare): Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga del plan: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre el plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros en cada estado. En Florida, el Programa SHIP se llama SHINE (Atender las Necesidades de Seguro Médico de los Adultos Mayores).

SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría de seguro médico de forma gratuita a las personas con Medicare.

Los consejeros de SHINE pueden ayudarle a entender sus derechos bajo Medicare, ayudarle a presentar quejas acerca de su cuidado o tratamiento médico, y ayudarle a solventar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de SHINE también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare, a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Atender las Necesidades de Seguro Médico de los Adultos Mayores (SHINE), (SHIP de Florida): información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337 (las llamadas a este número son gratuitas).
TTY	1-800-955-8770 (las llamadas a este número son gratuitas). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.
CORREO	SHINE – Serving Health Insurance Needs of Elders Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Ste. 270 Tallahassee, Florida 32399-7000 Correo electrónico: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y profesionales de la salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja acerca de los cuidados que ha recibido.
- Usted piensa que la cobertura para su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Usted piensa que su cobertura para la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada, o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida): información de contacto
TELÉFONO	1-888-317-0751 (Las llamadas a este número son gratuitas). 1-813-280-8256 (Las llamadas a este teléfono pueden no ser gratuitas). El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del este, y sábados, domingos y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. hora del este.
TTY	711 (las llamadas a este número son gratuitas). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.
FAX	1-844-878-7921
CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd, Ste. 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

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

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

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Agency for Health Care Administration (AHCA).

Método	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA): (Programa de Medicaid para Florida): información de contacto
TELÉFONO	1-888-419-3456 (las llamadas a este número son gratuitas). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar del este.
TTY	1-800-955-8771 (las llamadas a este número son gratuitas). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.
CORREO	Agency for Health Care Administration (AHCA) 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	www.ahca.myflorida.com

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

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

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

Si reúne los requisitos para la “Ayuda Adicional” en forma automática Medicare le enviará una carta. No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, puede obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir “Ayuda Adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a 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 de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que califica para recibir “Ayuda Adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta correspondiente a los costos compartidos, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 para solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, y asistencia en el suministro de esta evidencia al Plan.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al encargado de inscripción local del ADAP para que usted pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Florida ADAP. Los miembros de habla inglesa pueden llamar gratis al 1-800-352-2437. Los miembros de habla hispana (español) pueden llamar gratis al 1-800-545-7432. Los miembros que hablan criollo (Kreyòl) pueden llamar gratis al 1-800-243-7101. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-503-7118. Puede escribir a Florida ADAP al Florida AIDS Drug Assistance Program, HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, BIN A09, Tallahassee, FL 32399. También se puede contactar con Florida ADAP por correo electrónico a DiseaseControl@flhealth.gov. También puede visitar el sitio web en www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario**

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

Método	Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., de lunes a viernes. La RRB está cerrada los días festivos federales. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este teléfono <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

Como un plan de salud de Medicare, Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

El plan cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Deba recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esa atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. Sin embargo, debe obtenerse la autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente. Los costos compartidos que usted paga por diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que paga en la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis de la red no está disponible por un tiempo y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos para la diálisis pueden ser mayores.

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

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

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP de nuestra red incluyen proveedores de medicina interna (internistas), médicos de familia y médicos generales. Normalmente recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, a fin de que usted vea a un especialista, usted deberá tener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una “remisión” a un especialista). Su PCP puede obtener una autorización previa directamente del plan de salud para los servicios que pueden requerir una autorización. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a programar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye servicios, tales como:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapia física, terapia ocupacional o del habla
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones en hospitales, y
- La atención de seguimiento

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (tales como dar una remisión para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación por adelantado) de nosotros. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le indica cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal.

¿Cómo elige al PCP?

Usted debe elegir un PCP del Directorio de proveedores y farmacias del plan en el momento de la inscripción. Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, le escogeremos uno para usted. Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar de PCP” a continuación. Si no ve a su PCP actual en nuestro Directorio de proveedores y farmacias, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros y ellos le ayudarán a seleccionar un PCP. Si hay un especialista del plan en particular o el hospital que desea usar, compruebe primero para asegurarse de que su PCP haga remisiones a ese

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

especialista, o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (tales como los servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP. También verificarán que el PCP al que desea cambiarse está aceptando nuevos pacientes. Servicios para Miembros cambiará su registro de afiliación para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le dirá cuando el cambio a su nuevo PCP tendrá efecto. También le enviará una nueva tarjeta de miembro con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP. El cambio ocurrirá el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

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

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Dermatología (hasta 5 visitas al año) y cuidado de salud mental. Estos servicios están cubiertos sin la remisión de su PCP únicamente si la recibe de un proveedor del plan.

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

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

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

Cuando su PCP considere que usted necesita tratamiento especializado, él/ella le dará una remisión (aprobación por adelantado) para ver a un especialista u otros proveedores de nuestra red.

Para algunos tipos de remisiones, su PCP puede necesitar obtener una aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina “autorización previa”).

Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ver a un especialista del plan u otros proveedores (hay algunas excepciones, incluyendo el cuidado de la salud femenina de rutina, tal como se explica en la sección anterior). **Si no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios.**

Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Si hay especialistas específicos que desea utilizar, averigüe si su PCP envía pacientes a estos especialistas. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utiliza para remisiones. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas que podrá consultar. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan al cual su PCP actual no lo puede referir. Anteriormente en esta sección (consulte la Sección 2.1), le brindamos información sobre cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales específicos que desea utilizar, primero debe averiguar si los médicos que le atenderán utilizan estos hospitales. Por favor, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los consultó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a los costos compartidos de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista está abandonando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad, un reclamo de atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP). Él o ella nos notificarán solicitando la aprobación del plan (“autorización previa”). Si recibe atención que no es emergencia de proveedores fuera de la red sin autorización previa, usted mismo deberá pagar el costo total. En casos limitados, tales como la atención de emergencia, servicios de urgencia cuando la red no está disponible, o diálisis fuera del área de servicio, no requieren autorización previa y siempre están cubiertos al nivel de beneficios de la red, incluso cuando las reciba de fuera de la red de proveedores.

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

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

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte, o una condición médica que está empeorando de manera rápida.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Ofrecemos un beneficio suplementario que cubre los servicios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia fuera del país hasta **\$100,000** con un copago de **\$500**. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de su tarjeta de identificación del plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dado sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una condición conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Siempre debe tratar de que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Se puede acceder a servicios de urgencia en el centro de atención de urgencia más cercano. Por favor, recuerde que debe presentar su tarjeta de identificación en el momento de su visita.

Nuestro plan cubre servicios de atención urgente y de emergencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias:

Ofrecemos un beneficio suplementario que cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia en ambulancia fuera del país hasta **\$100,000** con un copago de **\$500**. Si recibe atención que no es de emergencia, debe pagar todo el costo usted mismo. Los medicamentos recetados y de venta libre no son servicios cubiertos fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre este beneficio y el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo puede solicitar el reembolso del plan.

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total**

El plan cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumera en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se ha alcanzado un límite de beneficio, este dejará de contar para una cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?**Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?**

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

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable de los costos compartidos de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos de la red. Sin embargo, deberá presentar documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe ni que solicite la aprobación de nosotros o su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados a Medicare Advantage por Medicare Original, 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 cada cosa?
--------------------	--

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original y sus costos compartidos de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que muestre cuál fue el monto de costos compartidos que pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que la parte que le corresponde de los costos para este análisis es de \$20 con Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, usted notificaría al plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría al plan la documentación pertinente, como una factura de proveedor. Entonces, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar al plan la documentación pertinente, como una factura de proveedor.

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

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

¿Desea obtener más información?

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

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

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

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

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

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

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y que *no es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

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

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

Aplicarán límites de cobertura por ingresos hospitalario de Medicare (vea el costo compartido de cobertura por ingresos hospitalarios en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

Ejemplo 1: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y, luego, se unió a nuestro plan. Los pagos que efectuó en Medicare Original no cuentan. Deberá efectuar 13 pagos a nuestro plan antes de quedarse con el artículo.

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y, luego, se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad de los artículos mientras estuvo inscrito. Entonces regrese a Medicare Original. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para quedarse con el artículo una vez que se una a Medicare Original nuevamente. Todos los pagos anteriores (ya sea para nuestro plan o para Medicare Original) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, el plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- La entrega de contenidos de oxígeno y oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona el plan o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare Original le exige a un proveedor de oxígeno que le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento, y usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno. Después de cinco años, puede quedarse con la misma compañía o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, donde usted debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o se retira, vuelve a comenzar el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

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

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

Aquí encontrará una tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

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

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

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

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

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

Debido a que usted está inscrito en el Plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que usted debe pagar anualmente por los servicios médicos de la red que están cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina cantidad máxima que pagará de su bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de **\$6,700**.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Generalmente, los montos que paga por servicios fuera de la red no autorizados o fuera del plan, servicios no cubiertos por Medicare y beneficios complementarios, como, entre otros: Los servicios dentales, auditivos y de sangre para pacientes ambulatorios, los medicamentos de venta libre y los servicios de transporte, visión

y emergencia o urgencia a nivel mundial no cuentan para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles sobre los beneficios y servicios suplementarios. Si alcanza la cantidad máxima que pagará de su bolsillo de **\$6,700**, no tendrá que cubrir ningún costo que pague de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro del plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores pueden no agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

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

SECCIÓN 2 Utilice la *tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la tabla de beneficios médicos enumera los servicios que el plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se detalla en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red lo hayan referido. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la tabla de beneficios médicos como **“Es posible que se requiera autorización”**.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión actualizada de su manual de *Medicare y Usted 2024*. Puede consultarlo 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).

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

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 1 mes de consideración de la continuidad de la elegibilidad de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este período.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para este examen preventivo. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • duradero 12 semanas o más; • no específico, en que no tiene causa sistémica de identificación (es decir, no asociada con metastática, enfermedad inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos para proveedores: Los médicos (según se establece en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes de médicos (PA), los enfermeros con práctica médica (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se establece en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y tienen lo siguiente: • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Comisión Nacional de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o territorio autónomo (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.	Es posible que se requiera autorización \$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 de nuestro Código de Regulaciones Federales (CFR).	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los servicios de ala fija, de ala rotativa y de ambulancia terrestre, a la instalación apropiada más cercana que pueda brindar atención 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. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse 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 en ambulancia es médicamente necesario. Limitaciones/restricciones: Medicare cubre el transporte de ambulancia solo a los siguientes destinos: • Hospital • Hospitales de acceso crítico • Centro de enfermería especializada • Hogar del beneficiario • Centro de diálisis para pacientes con ESRD que requieren diálisis • La oficina de un médico no está cubierta como destino final • Medicare no paga por los servicios de ambulancias cuando no ocurre el transporte	Es posible que se requiera autorización \$175 de copago por cada viaje de ambulancia terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada viaje de ambulancia aérea de ida cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita anual de bienestar. Cualquier servicio médico adicional proporcionado durante la visita puede requerir copagos o coseguro.
 Examen de densitometría ósea Para las personas calificadas (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No hay coseguro, copago, ni deducible para las mamografías preventivas cubiertas. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen el ejercicio, la educación, y asesoramiento cubiertos para los miembros que reúnan ciertas condiciones con remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Es posible que se requiera autorización \$30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare realizados en una oficina, centro independiente o por un proveedor con sede en el hospital \$40 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare realizados en un consultorio, centro independiente o por un proveedor con sede en el hospital
 Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. Cualquier servicio médico adicional proporcionado durante la visita puede requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada cinco años. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.
 Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou o pélvicos cubiertos por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación Limitaciones/restricciones: • Las visitas al consultorio, evaluaciones y radiografías de diagnóstico realizadas en el consultorio de un quiropráctico no son un beneficio cubierto por Medicare. No está cubierta la manipulación que no sea la de la columna vertebral para corregir la subluxación ni ninguna de las terapias de mantenimiento. El pago de estos servicios será la responsabilidad del miembro.	Es posible que se requiera autorización \$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Prueba de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (tales como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina, y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, en la actualidad, Medicare paga por servicios dentales en ciertas circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la principal condición médica de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas para preparar el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Cuidado dental preventivo de rutina • Exámenes orales o comprensivos periódicos (2 por año) • Profilaxis (limpieza) (2 por año) • Tratamiento de fluoruro (2 por año) • Radiografías dentales Los servicios de radiografías incluyen: • Serie completa incluyendo placa simple de aleta de mordida (1 por 36 meses) • Placa simple (1 por año) y placa simple de aleta de mordida (1 por año) • Serie de 2 y 4 placas simple de aleta de mordida (1 por año) • Placa panorámica (1 por 36 meses) • Placa oclusal (2 por año) • Placa de articulación temporomandibular (1 por año) • Radiografías adicionales (1 por año) Servicios dentales integrales: • Examen oral limitado; examen centrado en problemas (2 exámenes por año). • Extracción/extracción quirúrgica, 1 procedimiento por año	Para servicios cubiertos por Medicare: \$0 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare. Para beneficios suplementarios cubiertos: \$0 de copago por examen oral o integral periódico/2 por año. \$0 de copago por limpieza/2 por año. \$0 de copago para tratamiento de fluoruro/2 por año. \$0 de copago para radiografías que puede incluir: Serie completa incluyendo placa simple de aleta de mordida/1 por 36 meses Placa simple/1 por año Placa simple de aleta de mordida/1 por año Serie de 2 placas de aleta de mordida/1 por año Serie de 4 placas de aleta de mordida/1 por año Placa panorámica/1 por 36 meses

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios dentales (continuación) Limitaciones/restricciones: • Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante. • Excluye el raspado periodontal, el alisado radicular y el mantenimiento periodontal • Los servicios de extracción incluyen: ○ Extracción simple, extracción quirúrgica o diente erupcionado realizados por un dentista general o un cirujano bucal. Nota: La cobertura de los servicios dentales de rutina es un beneficio suplementario ofrecido por el plan. Medicare no pagará su parte del costo por estos servicios. Se considera un procedimiento donde se restaura un diente individual durante una sola visita. Si los dos dientes se restauran durante una sola visita, esto cuenta como dos procedimientos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles y localizar un proveedor participante. Consulte la lista de códigos sobre procedimientos dentales cubiertos incluida después de la tabla de beneficios médicos. Solo se cubrirán los códigos dentales mencionados en la lista.	Placa oclusal/2 por año Placa de articulación temporomandibular/1 por año Radiografía adicional/1 por año Servicios dentales integrales: \$0 de copago para examen bucal limitado: examen centrado en problemas/2 exámenes por año. \$0 de copago por extracción/1 procedimiento total por año.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita para la prueba de detección anual de depresión. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes anormales en los niveles de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras de prueba para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertas condiciones.	Es posible que se requiera autorización 0% de coseguro por Monitor Diabético, Lancetas y Tiras de Prueba cubiertas por Medicare, sólo cuando se ordenan a través del servicio de Venta Por Correo del plan, llamando a Servicios para los miembros. 0% de coseguro por suministros de venta minorista y todos los demás suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare 0% de coseguro por zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare \$0 de copago para la capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Si el médico ofrece servicios además de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, se puede aplicar un costo compartido adicional de \$0 a \$40. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden pedirlo por separado. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.youroptimumhealthcare.com.	Es posible que se requiera autorización Un 20% de coseguro para artículos DME cubiertos por Medicare y ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores, bombas de insulina y bombas de infusión intravenosa. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20%, cada ciclo de facturación (periodo de alquiler). Los costos compartidos para los equipos relacionados con el oxígeno se aplican durante los primeros 36 meses continuos (tres años) mientras esté en el mismo plan. Si durante ese periodo de 36 meses recibe un equipo nuevo o de reemplazo, los 36 meses de pago continuo comenzarán a partir de la fecha de ese equipo nuevo o de reemplazo. Su costo compartido para el suministro de oxígeno, continuará en todo momento.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	Después de 36 meses continuos (tres años) de pago por el mismo equipo de oxígeno, ya no se le indicará un copago. Normalmente, después de cinco años, es posible que reciba un nuevo equipo. Cuando eso suceda, si sucede, sus costos compartidos se reanudarán. Si antes de inscribirse en nuestro plan había realizado 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su parte del costo compartido en nuestro plan es del 20%.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que: • Son realizados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte, o una condición médica que está empeorando de manera rápida. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera-de-red es el mismo que los servicios proporcionados en la red. Limitaciones/restricciones: Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.	\$100 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare El copago por atención de emergencia puede ser obviado cuando el paciente es admitido al hospital. \$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio de urgencia y transporte de emergencia fuera de los EE. UU. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de la estabilización de la condición de emergencia, debe ir a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta. O debe solicitar que el plan autorice su cuidado para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Programa de acondicionamiento físico Servicios cubiertos cuando son prestados por un proveedor participante • Membresía del club de salud SilverSneakers®/Clases de acondicionamiento físico • El programa está diseñado para beneficiarios que desean mejorar su calidad de vida haciendo más ejercicio y aprendiendo a tomar mejores decisiones de salud. La membresía incluye lo siguiente: ○ Membresía en un gimnasio local participante o centro de ejercicios donde el miembro recibirá una orientación para el centro/equipo. ○ Programa de acondicionamiento físico en el hogar para miembros que no pueden participar en un gimnasio o prefieren hacer ejercicio en casa. ○ Una línea directa gratuita de Servicio al Cliente para respuestas a preguntas sobre el programa. Limitaciones/restricciones: • Las membresías de SilverSneakers® Health Club están limitadas a los proveedores participantes. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles y localizar un proveedor participante. • Siempre debe consultar a su médico u otro proveedor de atención médica antes de cambiar su dieta o comenzar un programa de ejercicios. • Los entrenadores personales no están cubiertos	Es posible que se requiera autorización \$0 de copago para programas cubiertos de acondicionamiento físico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones de audición y equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado. Servicios cubiertos cuando son realizados por un proveedor participante en la red - Examen Diagnóstico de Audición - Examen Rutinario de Audición - Adaptación/Evaluación de Audífonos Limitaciones/restricciones: - Servicios cubiertos solo cuando son prestados por un Proveedor Participante. - Audífonos: 2 audífonos por año (1 por oído), límite de \$1,000 para audífonos (\$500 por audífono). Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles y localizar un proveedor participante. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	\$0 de copago para examen de diagnóstico de audición cubierto por Medicare. \$0 de copago por 1 examen rutinario de audición suplementario cada año. \$0 de copago por 1 adaptación/evaluación de audífonos cada año. \$0 de copago por 2 audífonos (1 por oído) por año. El miembro será responsable del pago de cualquier cantidad que exceda los \$1,000 (\$500 por audífono) para este beneficio.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: - Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: - Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para un examen diagnóstico preventivo de VIH cubierto por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Es posible que se requiera autorización \$0 de copago por cada visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare Es posible que se apliquen copagos y coseguros adicionales por equipos médicos, suministros médicos y servicios sociales proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. (Consulte la Sección de equipo médico duradero para conocer los copagos y coseguros que se aplican).
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero	Es posible que se requiera autorización \$0 de copago por cada terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare proporcionada por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar (HIT) del paciente. 20% de coseguro para artículos DME cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Terapia de infusión en el hogar (continuación) • La monitorización remota • 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. Independientemente de los servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar (HIT), la infusión en el hogar requiere un equipo médico duradero y un componente de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare: • Equipo médico duradero: la bomba de infusión externa, los suministros relacionados, la entrega, la configuración del equipo, el mantenimiento del equipo alquilado y la capacitación y educación sobre el uso de los artículos cubiertos. • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare: medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare, incluidos ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores, bombas de insulina y bombas de infusión intravenosa. • Se requiere autorización previa	20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare (incluidos ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores, bombas de insulina y bombas de infusión intravenosa). Es posible que vea costos de bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación. Es posible que se apliquen copagos y coseguros adicionales por equipos médicos, suministros médicos y servicios sociales proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. (Consulte “Equipo médico duradero” y “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” para obtener información adicional).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y tiene seis meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización de MA posee o controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Cuidado paliativo de corto plazo • Cuidado en el hogar Cuando se lo ingresa en un hospicio, tiene derecho a seguir en su plan; si elige seguir en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras usted se encuentre en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original normalmente paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.	Es posible que se requiera autorización Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por el plan. Debe recibir atención de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. \$0 de copago por una visita de consulta antes de seleccionar un centro de hospicio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado de hospicio (continuación) <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos conforme a la Parte A o Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa). Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos de la red. Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo tarifa por servicio de Medicare (Medicare Original). <u>Para los servicios que están cubiertos por el plan, pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> El Plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal, entonces paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: Si usted necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para coordinar esos servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona gravemente enferma que no ha elegido el beneficio de hospicio.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas para la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe, si es médicamente necesario • Vacuna de hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si se encuentra en situación de riesgo y satisfacen las reglas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacunas de neumonía, gripe, hepatitis B y contra la COVID-19. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, cuidados de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. Los cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados empiezan el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital a través de una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital. Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería general • Costos de las unidades de cuidados especiales (tales como la unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios hospitalizados para abuso de sustancias • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente, siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original. Si el Plan ofrece servicios	Es posible que se requiera autorización Por cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare usted paga: \$225 de copago cada día, durante los días 1 al 7 por admisión \$0 de copago cada día, durante los días 8 al 90 por admisión. El copago por cuidado hospitalario comienza el día en que ingresa en el hospital, por admisión. No se le cobrará un copago por el día del alta. Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) de trasplante en un centro remoto (fuera del área de servicio) y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite; no debe pagar los gastos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario ni donar la sangre usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Servicios de médicos Nota: Para ser hospitalizado, su proveedor deberá escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡pregunte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) Limitaciones/restricciones: • El plan cubre 90 días por cada periodo de beneficio. Un periodo de beneficio comienza el día que usted vaya a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo el hospital psiquiátrico, el hospital de cuidados agudos a largo plazo, y el hospital de rehabilitación o recibir atención especializada en un centro de enfermería especializada [SNF]). El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días de corrido. Si usted entra al hospital después que un periodo de beneficio ha terminado, un nuevo periodo de beneficio comienza. Un periodo de beneficio puede incluir múltiples admisiones. Se aplicará un copago por hospitalización hasta que se agote el beneficio. • El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Los días de reserva de por vida le otorga 60 días adicionales de cobertura por ingresos hospitalarios cuando un beneficiario de Medicare está interno por más de 90 días. Usted paga \$0 de copago por cada día de reserva de por vida. Estos 60 días solo pueden utilizarse una vez. • Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. Limitaciones/restricciones: • El plan cubre 90 días por cada periodo de beneficio. Un periodo de beneficio comienza el día que usted vaya a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo el hospital psiquiátrico, el hospital de cuidados agudos a largo plazo, y el hospital de rehabilitación o recibir atención especializada en un centro de enfermería especializada [SNF]). El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días de corrido. Si usted entra al hospital después que un periodo de beneficio ha terminado, un nuevo periodo de beneficio comienza. Un periodo de beneficio puede incluir múltiples admisiones. Se aplicará un copago por hospitalización hasta que se agote el beneficio. • El plan cubre días de reserva de por vida. Los días de reserva de por vida le otorga 60 días adicionales de cobertura por ingresos hospitalarios cuando un beneficiario de Medicare está interno por más de 90 días. Usted paga \$0 de copago por cada día de reserva de por vida. Estos 60 días solo pueden utilizarse una vez. • Usted recibe hasta 190 días de por vida de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se aplican hacia el límite de por vida de 190 días solo si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general. • Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital.	Es posible que se requiera autorización Para cuidado de salud mental con hospitalización cubierto por Medicare usted paga: \$225 de copago cada día, durante los días 1 al 7 por admisión \$0 de copago cada día, durante los días 8 al 90 por admisión.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se le han acabado los beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia de paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia de paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos • Pruebas diagnósticas (como las pruebas de laboratorio) • Radiografías, radio y terapias isotópica, incluyendo materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos de prótesis y órtesis (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano del cuerpo interno permanentemente inoperante o que funcione mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de dispositivos. • Collarines de pierna, brazo y cuello; armaduras, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida, o un cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional Limitaciones/restricciones: • El plan no paga días de hospitalización adicionales después de que el periodo de beneficios finaliza y se hayan usado los días de reserva de por vida.	Es posible que se requiera autorización Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán según se describió en esta tabla de beneficios. Consulte las siguientes secciones: Servicios médicos o profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Prótesis y suministros relacionados Servicios de rehabilitación ambulatorios

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Beneficios de comidas (hospitalización posaguda) La elegibilidad para el beneficio nutricional será determinada por el departamento de Administración Médica del plan según los siguientes criterios: • Necesidad calórica • Movilidad limitada de extremidades superiores e inferiores • Deficiencia sensorial Por favor, póngase en contacto con Servicios para Miembros para más detalles. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	Es posible que se requiera autorización \$0 de copago por los beneficios de nutrición cubiertos: estancia hospitalaria posagudo. Brindaremos comidas a los miembros por hasta 1 semana o un máximo de 10 comidas después de una hospitalización aguda cuando sea médicamente apropiado.
 Terapia médica de nutrición Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no tienen diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo remite. Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento, o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si se necesita que su tratamiento continúe el año calendario siguiente.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios médicos, como paciente ambulatorio hospitalario o de centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con el equipo médico duradero (como los nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en la Parte A de Medicare cuando se realice el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique está relacionada a osteoporosis de después de la menopausia, y no puede administrarse el medicamento usted mismo	Es posible que se requiera autorización \$35 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare (incluidos ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores, bombas de insulina y bombas de infusión intravenosa). Es posible que vea costos que paga de su bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación) • Antígenos • Ciertos medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Retacrit® o Darbepoetin Alfa) • Globulina Inmune Intravenosa para el tratamiento de enfermedades principales de deficiencia inmunológica en el hogar También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se le cubran las recetas. Lo que paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D se explica en el Capítulo 6.	
Línea de consejos de enfermería Consejos de salud de un profesional de enfermería, disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana Si tiene preguntas sobre los síntomas que está experimentando, pero no está seguro de si necesita consultar con su médico, podemos ayudarle. Llame a nuestra línea de consejos para los miembros al 1-888-883-0710 (TTY 711). Cuenta con personal de enfermería que puede ayudar a resolver sus problemas de salud inmediatos y responder preguntas sobre condiciones médicas particulares.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio de la Línea de consejos de enfermería.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Prueba de obesidad y terapia para favorecer la pérdida sustentable de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de cuidado primario, donde puede coordinarse con su plan de prevención exhaustivo. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener mayor información.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para el examen y terapia preventivos de obesidad. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides Los miembros de nuestro plan que tengan trastorno por uso de opioides (OUD) podrán obtener la cobertura de los servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento agonista y antagonista por uso de opioides; tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	Es posible que se requiera autorización Por los Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides cubiertos por Medicare, usted paga: 20% de coseguro para medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante el servicio. Es posible que vea costos que paga de su bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides (continuación)	\$40 de copago por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare en un consultorio o un centro independiente. \$195 de copago por terapias individuales o grupales cubiertas por Medicare realizadas por un proveedor con sede en el hospital. \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un proveedor independiente o \$50 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. Si el médico le brinda otros Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides, se puede aplicar un copago por separado de \$0 a \$195.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (de radio e isótopos) incluyendo materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como las vendas • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite; no debe pagar los gastos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario ni donar la sangre usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Otras pruebas diagnósticas de paciente ambulatorio Limitaciones/restricciones Además de los copagos y coseguros aplicables a esta sección, un copago adicional por visita al consultorio se puede aplicar solo cuando un PCP o especialista presenta al plan una factura de visita a la línea separada o adicional.	Es posible que se requiera autorización Por las pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un proveedor independiente o \$50 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$0 de copago para pruebas y procedimientos diagnósticos cubiertos por Medicare (excepto los estudios del sueño) en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. Usted paga 20% de coseguro por los estudios del sueño. \$0 de copago para radiografías cubiertas por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$25 a \$195 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare (sin incluir las radiografías), de la siguiente manera:

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios (continuación)	\$25 de copago para ultrasonidos cubiertos por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$50 de copago para tomografía axial computarizada (CAT) de diagnóstico cubierta por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$100 de copago para MRI, MRA, y angiografías cubiertas por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$100 de copago para medicina nuclear cubierta por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago en un entorno hospitalario ambulatorio. \$195 de copago por tomografía por emisión de positrones (PET) cubierta por Medicare en un proveedor independiente o \$195 de copago si se realiza en un entorno hospitalario ambulatorio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios (continuación)	20% de coseguro para medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante el servicio o medicamentos de la Parte B administrados por vía tópica durante el servicio. Es posible que vea costos que paga de su bolsillo más bajos para ciertos medicamentos de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación 20% de coseguro por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare, incluyendo (pero no limitado a): Radioterapia u oxigenoterapia hiperbárica Si el médico proporciona servicios adicionales a los procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un copago por separado de \$0 a \$40.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡pregunte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en línea 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Es posible que se requiera autorización \$195 de copago por cada servicio ambulatorio, visita clínica, sala de tratamiento ambulatorio, observación o sala de cirugía ambulatorio en un centro hospitalario cubierto por Medicare. 20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica, diálisis renal y drogas de quimioterapia cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios recibidos en un departamento de emergencia o clínica de paciente ambulatorio, tales como servicios de observación o cirugía de paciente ambulatorio • Pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de paciente hospitalizado sin el mismo • Radiografías y otros servicios de radiología cobrados por el hospital • Suministros médicos tales como tablillas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡pregunte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en línea 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Es posible que se requiera autorización \$195 de copago por cada servicio ambulatorio, visita clínica, sala de tratamiento ambulatorio, observación o sala de cirugía ambulatorio en un centro hospitalario cubierto por Medicare. \$50 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. \$55 de copago por día para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica, diálisis renal y drogas de quimioterapia cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un consejero profesional autorizado (LPC) y un terapeuta familiar (LMFT), un enfermero especializado (NP), un ayudante de médico (PA), u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.	Es posible que se requiera autorización \$40 de copago por cada servicio o visita de terapia individual o grupal cubierto por Medicare para la salud mental de pacientes ambulatorios.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se proveen en diversos establecimientos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Limitaciones/restricciones: Puede haber límites en terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje. Si es así, puede haber excepciones a estos límites. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.	Es posible que se requiera autorización \$40 de copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. \$40 de copago por visitas de terapia física y/o de terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Cubiertos conforme a la Parte B de Medicare. Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios prestados en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes: • Que fueron dados de alta después de una hospitalización por el tratamiento contra el abuso de sustancias o • Que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios de los hospitales para pacientes hospitalizados.	Es posible que se requiera autorización \$40 de copago por visitas individuales o grupales cubiertas por Medicare en un consultorio o centro independiente \$195 de copago por visitas individuales o grupales cubiertas por Medicare realizadas por un proveedor con sede en el hospital.
Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si usted está teniendo una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	Es posible que se requiera autorización \$100 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare \$195 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Medicamentos de venta libre (OTC) Comuníquese con el plan o visite nuestro sitio web para obtener instrucciones específicas para el uso de este beneficio y la lista de artículos de venta libre cubiertos. Llame a Servicios para Miembros al 1-866-245-5360, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o visite nuestra página web en www.youroptimumhealthcare.com. Limitaciones/restricciones • Asignación de hasta \$20 mensuales en artículos de venta libre aprobados por Medicare. • Los artículos de venta libre (OTC) solo pueden ser adquiridos por la persona que se inscribe. • Este beneficio se aplica a medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare y se limita a artículos de OTC disponibles en la lista de OTC del plan. • El plan no le permite transferir los beneficios restantes de OTC al mes siguiente.	\$0 de copago por artículos de venta libre aprobados por Medicare. Obtiene una asignación de hasta \$20 mensuales por artículos OTC aprobados por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio de hospital para pacientes hospitalizados o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Es posible que se requiera autorización \$55 de copago por día para hospitalización parcial cubierta por Medicare y servicios del programa ambulatorio intensivo

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en la oficina de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de paciente ambulatorio de hospital, u otra ubicación. • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio llevados a cabo por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico, y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ○ Si usted tiene una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Si usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.	Es posible que se requiera autorización \$0 de copago por cada visita al médico de atención primaria para recibir los beneficios cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de telesalud). \$40 de copago por cada visita a especialistas para recibir beneficios cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de telesalud).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal. - Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico de 5 a 10 minutos si: - Usted no es un paciente nuevo y - El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, y - El control no requiere una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. - Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas, si: - Usted no es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, y - La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. - La consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico. - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía - Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) Limitaciones/restricciones - Debe obtener una remisión de su PCP o autorización del plan antes de obtener una segunda opinión Las segundas opiniones están cubiertas siempre que la opinión haya sido solicitada por el miembro para determinar la conveniencia de someterse a cirugía médicamente necesaria o procedimientos diagnósticos o terapéuticos no quirúrgicos.	Coseguro adicional para los medicamentos de la Parte B y los suministros de DME se aplicará cuando éstos sean proporcionados por el médico. Radiología adicional, radioterapia, estudio vascular no invasivo y coseguro o copagos de quimioterapia se aplicarán cuando se proporcionen durante una visita a un consultorio médico/especialista.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluyendo visitas al consultorio del médico (continuación) NOTA: Los servicios prestados por un médico o profesional médico dentro del consultorio del médico son sujetos al copago para médicos o médicos especialistas. Se aplicará una parte del costo por vista a un médico o especialista médico por todo servicio que se preste en el consultorio del médico, una vez por visita, incluso si no se le factura la visita al consultorio.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores Limitaciones/restricciones: Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado de los pies médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización \$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Los copagos adicionales por servicios de radiología y el coseguro por DME y medicamentos de la Parte B se aplicarán cuando estos servicios sean prestados durante una visita al consultorio de podología.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA).	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba anual de PSA. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Aparatos protésicos y suministros relacionados Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen toda o parte de una parte del cuerpo o función. Incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, los marcapasos, los collarines, los zapatos protésicos, las extremidades artificiales, y las prótesis de senos (incluyendo un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos, y la reparación o el reemplazo de aparatos protésicos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte <i>Cuidado de visión</i> más adelante en esta sección para más detalles.	Es posible que se requiera autorización 20% de coseguro por los aparatos y suministros cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas exhaustivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y una remisión para recibir rehabilitación pulmonar escrita por el médico que esté tratando la enfermedad respiratoria crónica.	Es posible que se requiera autorización \$15 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare realizados en un consultorio, en un centro independiente o por un proveedor con sede en el hospital.
 Evaluación y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y consejería cubierto por Medicare para reducir el abuso del alcohol. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea proporcionado por un médico o profesional (no médico) calificado. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta cubierta por Medicare y la visita compartida de toma de decisiones o para la LDCT. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para su prevención Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones cara a cara súper intensivas de consejería conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de ITS y el asesoramiento para prevenir ITS. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para auto diálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para auto diálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la auto diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.	En el caso de los servicios para tratar enfermedad y condiciones renales cubiertos por Medicare, usted paga: 20% de coseguro por cada servicio de diálisis renal. \$0 de copago por servicios de educación sobre enfermedad renal.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de sangre). • Sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite; no debe pagar los gastos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario ni donar la sangre usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente provistos por SNF • Pruebas de laboratorio generalmente provistas por SNF • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente provistos por SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente provistos por SNF • Servicios médicos o profesionales Generalmente, recibirá su cuidado de SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones enumeradas a continuación, es posible que pueda pagar costos compartidos de la red por una clínica que no es proveedora de la red, si la clínica acepta nuestras cantidades del plan como pago. • Un hogar de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que provea atención en un centro de enfermería especializada).	Es posible que se requiera autorización Por admisiones en SNF cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 de copago cada día, durante los días 1 al 20 por admisión \$150 de copago cada día, durante los días 21 al 100 por admisión.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) - Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento que usted salga del hospital Limitaciones/restricciones: - No se requiere hospitalización previa. El plan cubre 100 días por periodo de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día que sea admitido en un centro de enfermería especializada (o una admisión de hospital para pacientes hospitalizados que incluye el hospital de rehabilitación, hospital psiquiátrico y hospital de cuidados agudos a largo plazo). Termina cuando pasen 60 días corridos sin atención de enfermería especializada (o atención para pacientes hospitalizados). Si es internado en un centro de enfermería especializada después de que un periodo de beneficio ha terminado, comienza un nuevo periodo de beneficios. Un periodo de beneficio puede incluir múltiples admisiones. Se aplicará un copago por hospitalización hasta que se agote el beneficio.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un periodo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	Es posible que se requiera autorización No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos de cese de fumar y uso de tabaco cubiertos por Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La terapia de ejercicios supervisada (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. La SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un periodo de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización \$25 de copago por terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare realizada en un consultorio, en un centro independiente o por un proveedor con sede en el hospital.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Transporte Los servicios cubiertos incluyen: Transporte en taxi, transporte compartido, autobús o metro, van y otros métodos aprobados a ubicaciones aprobadas por el plan (consulte las limitaciones a continuación). Comuníquese con Servicios para Miembros para más detalles y para localizar un proveedor participante. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Limitaciones/restricciones: • Este beneficio no está destinado para emergencias médicas. Para emergencias médicas, el copago de ambulancias es aplicable. • Ubicaciones aprobadas por el plan son solo para citas médicas y necesidades de salud; como el PCP y visitas especializadas o dejar y recoger para procedimientos médicos planificados (por ejemplo, la extracción de sangre rutinaria, cirugía, radiografías, los exámenes de visión de rutina). • Transporte está destinado para recorridos dentro de su condado. • Transporte compartido se usa solamente con Lyft. • Llame para programar un viaje por lo menos 72 horas antes de la hora prevista para la cita médica. Tenga disponible la siguiente información: Dirección de la cita, el número de teléfono de la oficina, fecha y hora de la cita. • Para utilizar este beneficio de transporte de establecimiento a establecimiento, aviso anticipado puede ser necesario. Comuníquese a Servicios para Miembros para obtener información adicional.	\$0 de copago por hasta 4 viajes de ida o vuelta hacia un lugar aprobado por el plan cada año

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o es irracional, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas las circunstancias, no resulta razonable que reciba atención médica inmediata de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios inmediatos para tratar una condición imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios de urgencia que se prestan fuera de la red es el mismo que para los servicios proporcionados en la red. Limitaciones/restricciones: Límite de cobertura del plan de \$100,000 para servicios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.	\$10 de copago por visitas para servicios de urgencia cubiertos por Medicare. \$500 de copago por cada servicio de emergencia, servicio de urgencia y transporte de emergencia fuera de los EE. UU.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Cuidado de visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de visión de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Examen de visión de rutina 1 cada año por un optometrista dentro de la red Otros beneficios complementarios • Examen de visión de rutina (hasta 1 por año). • Gafas y contactos - Hasta 1 por año combinado hasta el beneficio máximo ○ Hasta 1 par de anteojos completos cada año, o ○ Lentes de contacto desechables cada año. • Los lentes de contacto están cubiertos en lugar de anteojos (lentes y marcos) hasta el límite máximo de cobertura de beneficios. La tarifa de ajuste de contacto varía según el proveedor y no está cubierto. El miembro es responsable por este cargo adicional.	En el caso de servicios de cuidado de visión cubiertos por Medicare, usted paga: \$0 de copago por anteojos cubiertos por Medicare (un par de anteojos que incluye marco y lentes de plástico o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas. \$0 de copago por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo realizados por un optometrista. \$40 de copago por exámenes para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo realizado por un oftalmólogo (especialista) \$0 de copago por exámenes de visión de rutina, 1 por año, realizado por un optometrista. \$10 de copago por el límite de cobertura del plan para 1 par de anteojos o lentes de contacto por año.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Cuidado de visión (continuación) - Se aplica un copago para lentes progresivas estándar de plástico transparente CR-39 además del copago de gafas. No se aplica a los anteojos inmediatamente después de la cirugía de cataratas. - Se aplica un copago para lentes fotocromáticas de plástico CR-39 además del copago de gafas. No se aplica a los anteojos inmediatamente después de la cirugía de cataratas. Limitaciones/restricciones: - Anteojos (anteojos o lentes de contacto): límite de cobertura del plan de \$100 cada año para el costo minorista total combinado hasta el beneficio máximo. - Este beneficio no se puede combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. - Para monturas premium, lentes progresivas y actualizaciones adicionales de tratamiento de lentes, el miembro recibe la tarifa con descuento del proveedor de servicios de visión. (Estos son artículos y servicios de valor agregado [VAIS] y no son beneficios del plan y no forman parte del paquete de beneficios del plan). - En la mayoría de las áreas geográficas, los miembros son asignados a un proveedor/grupo de oftalmología, también conocido como “médico de oftalmología primaria” (“POD”) para visitas de oftalmología (especialista). Este POD será responsable del tratamiento de todas las enfermedades relacionadas con sus ojos. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para ver si vive en una de estas áreas. Si no vive en una de las áreas con POD, puede ver a cualquier oftalmólogo participante. - Si no le gusta su asignación de POD, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para hacer un cambio. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a su solicitud.	Usted será responsable del copago de \$10 y cualquier monto que exceda el costo minorista total máximo del beneficio del plan de \$100 para el beneficio de productos ópticos. \$30 de copago por lentes progresivas estándar, de plástico transparente CR-39 además del copago por los anteojos. \$30 de copago para lentes fotocromáticas de plástico CR-39 además del copago por los anteojos.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar usted cuando reciba estos servicios
 Cuidado de visión (continuación) • Para los exámenes de visión y anteojos de rutina, puede ver a cualquier proveedor de cuidado de visión participante sin una remisión. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles y localizar un proveedor participante. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	
 Visita preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva única de Bienvenido a Medicare. La visita incluye un examen de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes preventivos y vacunas), y remisiones para otros tipos de cuidado si se necesitan. Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, díglele a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita preventiva de Bienvenido a Medicare. Cualquier examen médico adicional y otros servicios proporcionados durante la visita pueden requerir copagos o coseguro.

Códigos de los procedimientos dentales cubiertos

Consulte la sección "Servicios dentales" arriba en la tabla de beneficios médicos para conocer el límite de cada procedimiento dental. Solo se cubrirán los códigos dentales que se menciona en la lista a continuación.

Códigos de cuidado dental preventivo	
Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante.	
D0120	Evaluación oral periódica - paciente establecido
D0150	Evaluación oral integral - paciente nuevo o establecido
D0210	Intraoral - serie completa de radiografías
D0330	Radiografía panorámica
D0220	Intraoral - primera radiografía periapical
D0230	Intraoral - periapical por cada radiografía adicional
D0240	Intraoral - radiografía oclusal
D0270	Aleta de mordida - una radiografía
D0272	Aleta de mordida - dos radiografías
D0274	Aleta de mordida - cuatro radiografías
D0321	Otras radiografías de articulación temporomandibular, según informe
D1110	Profilaxis - adulto
D1206	Administración vía tópica de barniz de fluoruro
D1208	Administración vía tópica de fluoruro – barniz excluido
Códigos de cuidado dental integral	
Los servicios deben ser realizados por un dentista general participante.	
D0140	Límite de evaluación oral - centrada en el problema
D7140	Extracción, diente saliente o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)
D7210	Extracción, diente saliente que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica *

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente para condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para las personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Cubiertos si son por herida accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones. - Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de pecho después de una mastectomía, incluyendo el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente para condiciones específicas
Cuidado asistencial. El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ningún caso	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para más información acerca de estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados para la atención de sus familiares inmediatos que viven en su hogar.	No cubiertos en ningún caso	
Cuidados de enfermería en el hogar a tiempo completo.	No cubiertos en ningún caso	
Comidas a domicilio		Las comidas a domicilio se proporcionan después de una hospitalización aguda en el hospital, según sea médicamente necesario. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener detalles completos sobre la cobertura de beneficios.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente para condiciones específicas
Los servicios de la casa incluyen asistencia básica con las tareas de la casa, incluyendo limpieza básica o preparación de comidas ligeras.	No cubiertos en ningún caso	
Servicios de naturópata (usa tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ningún caso	
Cuidados dentales no rutinarios.		Los cuidados dentales no rutinarios necesitados para tratar una enfermedad o herida tal vez sean cubiertos como cuidados ambulatorios o internados. Consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener detalles completos sobre la cobertura de beneficios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.		Zapatos que forman parte de un soporte de la pierna y se incluyen en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas que padecen pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o una televisión.	No cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente para condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para visión limitada.	No cubiertos en ningún caso	
Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ningún caso	
Cuidados quiroprácticos de rutina		La manipulación manual de la espina dorsal para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidados rutinarios de los pies		Alguna cobertura limitada facilitada según las normas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de audición rutinarios, audífonos o exámenes para ajuste de audífonos.		Consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener detalles completos sobre la cobertura de beneficios.
Los servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original.	No cubiertos en ningún caso	

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista o profesional que receta) que escriba su receta, la cual debe tener validez conforme a la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe figurar en ninguna lista de exclusiones o preclusiones de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo conseguir una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia perteneciente a nuestra red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.youroptimumhealthcare.com) o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como **medicamentos “NM”** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite ***al menos un suministro del medicamento para un día y para no más de 90 días (hasta un suministro de 100 días para algunos medicamentos en el Nivel 1).***

Para obtener formularios de encargo e información acerca de surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, le entregarán el pedido de farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Si por alguna razón su receta de pedido por correo se retrasa, llame a Servicios para Miembros. El tiempo de procesamiento de la farmacia tendrá un promedio de dos a cinco días hábiles; sin embargo, debe permitir tiempo adicional para la entrega del servicio postal. Es aconsejable que los usuarios nuevos de la farmacia de pedidos por correo tengan al menos un suministro de medicamentos para 30 días a mano cuando se realiza una solicitud de pedido por correo. Si el pedido de recetas tiene información insuficiente o si necesitamos contactar al médico que receta, la entrega podría demorar más.

Es recomendable que los usuarios nuevos de la farmacia de pedidos por correo soliciten al médico dos recetas firmadas:

- Uno para un suministro inicial que se llenará en su farmacia minorista local participante.
- El segundo para un suministro de hasta tres meses con recargas para enviar a la farmacia de pedidos por correo.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento recetado.

Resurtidos de recetas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si elige no usar un programa de resurtido automático, pero, de todos modos, desea que la farmacia que le envía los pedidos por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que usted reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese directamente con la farmacia de pedido por correo o con Servicios para Miembros.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos del plan”. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento pagando el monto de costos compartidos de pedidos por correo. Otras farmacias minoristas posiblemente no acepten los montos de costos compartidos de pedidos por correo. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Aquí se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados.
- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque una farmacia de la red que brinda servicio las 24 horas no está disponible a una distancia de 25 millas en automóvil.
- Surte una receta para un medicamento cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista de la red accesible (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado).
- En caso de una emergencia médica o cuidado necesario de forma urgente y no hay una farmacia dentro de la red disponible. Deberá pagar el costo total del medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso del plan. El plan no reembolsará la diferencia entre el cargo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

- Que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los cuales ha sido recetado.
- *O bien*, que esté avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital) y el sistema de información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca que es propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, pero suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos medicamentos biológicos.

Medicamentos de venta libre (OTC)

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

Nuestro plan ofrece un beneficio de venta libre (OTC) de la Parte C y la Parte D. Los productos de OTC de la Parte C o de la Parte D que ofrece el plan son gratuitos. Los beneficios de OTC de la Parte C y la Parte D son listas separadas y distintas de productos. Aunque los beneficios de OTC de la Parte C tienen un límite según su plan, los beneficios de OTC de la Parte D están disponibles según los criterios y diagnósticos específicos.

Los productos de OTC de la Parte C proporcionados por el plan incluyen una variedad de productos generalmente utilizados para apoyar y mantener su salud general. Para obtener sus productos de OTC de la Parte C del plan, no se necesita receta. Estos productos OTC de la Parte C no se tendrán en cuenta para su Máxima Responsabilidad de Bolsillo de la Parte C.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Los productos de OTC de la Parte D se centran en agentes gastrointestinales y agentes pulmonares/respiratorios. Normalmente, están disponibles para la compra minorista de medicamentos no recetados. Sin embargo, para utilizar el beneficio de OTC de la Parte D, debe presentar una receta para el medicamento en la farmacia. Estos medicamentos OTC de la Parte D no se tendrán en cuenta para los costos totales de los medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos OTC no cuentan para la etapa de periodo sin cobertura).

¿Qué *no* se incluye 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 obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	Hay cuatro niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos
--------------------	---

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

- **Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos):** Incluye medicamentos genéricos preferidos (más bajo nivel de costo de medicamentos).
- **Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferida):** Incluye medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos.
- **Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos):** Incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados):** Incluye medicamentos de marca o genéricos que son de alto costo y únicos (nivel de costo más alto).

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?**

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la última “Lista de medicamentos” que le enviamos por correo o de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.youroptimumhealthcare.com). La “Lista de medicamentos” disponible en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (<https://www.carelonrx.com> del plan o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Por lo general, un medicamento **genérico o un biosimilar intercambiable** funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original, pero suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán el medicamento genérico o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o biosimilar intercambiable, O ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o producto biológico original, O nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando que no está en nuestro Formulario o está en nuestro Formulario con restricciones. Por ejemplo:

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

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, existen las siguientes opciones:

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 92 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 34 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Para los miembros actuales que experimentan cambios en el nivel de atención, se proporcionarán suministros de transición.**

La farmacia puede ponerse en contacto con el servicio de asistencia de farmacia para solicitar un suministro de transición. Esto le permitirá al proveedor, a la farmacia y al beneficiario tiempo para ponerse en contacto con el plan para una excepción o apelación. Según la condición médica del miembro, si se produce un cambio de nivel de atención de LTC a casa, entonces se proporcionará una transición temporal de suministro de 30 días. Si se produce un cambio de nivel de atención de casa a LTC, se proporcionará una transición temporal de suministro de 34 días. Los aumentos en la dosificación no estarán limitados por una edición de “recarga demasiado pronto” a medida que el miembro se mueva de un nivel de cuidado a otro.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Los medicamentos del Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

Capítulo 5 **Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel de costos compartidos más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, se lo notificaremos de inmediato.
 - El profesional que receta también estará enterado de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos realizar cambios en función de las advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- En estos casos, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier restricción nueva del medicamento que toma.
- Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no están descritos más arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, estos cambios lo afectarán a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto del uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (salvo debido al retiro del mercado, a que un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca o a otro cambio descrito en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte de los costos compartidos hasta el 1.º de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos de forma directa sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá comprobar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (salvo para ciertos medicamentos excluidos cubiertos por la cobertura para medicamentos mejorada). Si usted apela y el medicamento solicitado no se considera excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se detallan a continuación a través de nuestra cobertura para medicamentos mejorada, por lo que usted puede tener que pagar una prima adicional. A continuación, se ofrece más información).

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Nombre del medicamento	Categoría del medicamento	Limitación
Benzonatate 100mg, 200mg capsule	Tos	30 por 10 días
Caverject 40mcg recon solution, Impulse Kit 10mcg, 20mcg	Disfunción eréctil	6 por 30 días
Cialis 10mg, 20mg tablet	Disfunción eréctil	4 por 30 días
Folic Acid 1mg tablet	Vitamina	
Muse 250mcg, 500mcg, 1000mcg pellet	Disfunción eréctil	6 por 30 días
Sildenafil citrate 25mg, 50mg, 100mg tablet	Disfunción eréctil	10 por 30 días
Tadalafil 10mg, 20mg tablet	Disfunción eréctil	10 por 30 días
Vardenafil hcl 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg tablet	Disfunción eréctil	10 por 30 días
Viagra 25mg, 50mg, 100mg tablet	Disfunción eréctil	4 por 30 días
Vitamin D (ergocalciferol) 1.25mg (50000 ut) capsule	Vitamina	4 por 28 días

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la etapa de cobertura catastrófica).

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional” de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la “Lista de medicamentos” del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento recetado, muestre en la farmacia de la red que elija su información de membresía del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de miembro. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía?**

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de surtir su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

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

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

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

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de un centro de atención a largo plazo o la que usa es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos” o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre el suministro temporal o de emergencia.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

En general, si tiene cobertura grupal como empleado o jubilado, la cobertura para medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus condiciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor del hospicio o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación antes de surtir su receta.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen opioides con receta y otros medicamentos con frecuencia mal usados. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis por opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar junto con sus médicos decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en cierta(s) farmacia(s).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de cierto(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos recetados solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. 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 considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva 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. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le aplicará el DMP si usted tiene determinadas condiciones médicas, como dolor activo debido a cáncer o anemia de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados de final de vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que podamos ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en el DMP para consumir opioides de manera segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen por escrito que incluye una lista de procedimientos recomendados con pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando, cuándo los debe tomar y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

CAPÍTULO 6:

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

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

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto por separado, llamado *Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados (también conocida como Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos o la Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, usted debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

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

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

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

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

- El **coseguro** es el porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

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

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

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

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

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

Es importante quién paga:

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

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de **\$8,000** dentro del año calendario, pasará de la etapa de periodo sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

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

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

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

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

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

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llegue a **\$8,000**, en este informe, se le indicará que ha dejado la etapa de periodo sin cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)?

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados según su plan. El monto que pague depende de la etapa en la que esté cuando obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Etapas de pago de los medicamentos:

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: no pagará más de \$35 para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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

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

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

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

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

Si obtuvo uno o más medicamentos recetados mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos y la información sobre aumentos de precio desde la primera obtención de cada reclamo de medicamentos recetados de igual cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto nos sirve para asegurarnos de conocer los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, puede que usted deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, presente copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe presentarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

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

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay un deducible para el plan

No hay un deducible para el plan. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

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

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

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

El plan tiene cuatro niveles de costo compartido

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

- **Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos):** Incluye medicamentos genéricos preferidos (más bajo nivel de costo de medicamentos).

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

- **Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferida):** Incluye medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos.
- **Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos):** Incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados):** Incluye medicamentos de marca o genéricos que son de alto costo y únicos (nivel de costo más alto).

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

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

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

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

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

	Costo compartido de venta minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel				
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos de marca preferida (Medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos)	\$35 de copago.	\$35 de copago.	\$35 de copago.	\$35 de copago
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos no preferidos (Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	\$85 de copago.	\$85 de copago.	\$85 de copago.	\$85 de copago
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos especializados (Medicamentos de marca o genéricos que son de alto costo y únicos)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de Coseguro

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

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba, y no el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido de venta minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos del Nivel 1)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos del Nivel 1)
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos de marca preferida (Medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos)	\$105 de copago	\$70 de copago
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos no preferidos (Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	\$255 de copago	\$170 de copago
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos especializados (Medicamentos de marca o genéricos que son de alto costo y únicos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4 de costo compartido.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4 de costo compartido.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030**

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, el plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de **\$5,030** en un año.

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

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de periodo sin cobertura

Cuando usted está en la etapa de periodo sin cobertura, el Programa de Descuentos para el Periodo sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el **25%** del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a salir del periodo sin cobertura.

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

Usted sigue pagando estos costos hasta que los pagos anuales que paga de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima que Medicare ha fijado. Una vez que alcance este monto de **\$8,000**, usted sale de la etapa de periodo sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa de periodo sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

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

No pagará más de \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D

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

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
- Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago o el costo contratado del medicamento, cualquiera que sea la cantidad menor.

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

Mensaje importante sobre lo que paga para las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cuestiones, a saber:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y no le cuestan nada.

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

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

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

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

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

A continuación, se incluyen tres ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

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

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para una vacuna de la Parte D recibida fuera de la red, que no es una vacuna recomendada por el ACIP para adultos, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier diferencia entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

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

CAPÍTULO 7:

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

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

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

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

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por más de su parte de los costos compartidos según se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puede solicitarnos que realicemos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Le recomendamos que haga una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

Debe presentar su reclamo de la Parte C (médica) dentro de los 12 meses de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Medical Coverage

Optimum HealthCare, Inc.
P.O. Box 151258
Tampa, FL 33684

O

Debe presentar su reclamo de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el medicamento.

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

Optimum HealthCare, Inc.

Atención: Pharmacy Claims

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no**Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos**

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

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

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del idioma inglés, con habilidades de lectura limitadas, con incapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan debe cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traductor, servicios de intérprete, operadores de teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan español. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Se requiere que le proporcionemos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios médicos de rutina y cuidado médico preventivo.

Si no se encuentran proveedores disponibles para una especialidad dentro de la red del plan, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de esa especialidad fuera de la red que puedan brindarle la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no encuentra un especialista dentro de la red del plan que cubra un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde puede dirigirse para obtener este servicio abonando los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo al 1-866-245-5360 (TTY: 711). Del 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Del 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

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

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionarle su información médica a alguien que no brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a pedirle su permiso por escrito o pedírselo a la persona a quien le haya otorgado el poder legal de tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, que, normalmente, implica no compartir la información que lo identifica de forma única.

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

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

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

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

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

Como miembro del plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- El Plan siempre está buscando maneras de brindar a nuestros miembros la mejor atención posible. Una forma de hacerlo es revisando la nueva tecnología para cuestiones como procedimientos médicos, medicamentos y dispositivos. Para ser considerada, la nueva tecnología debe cumplir estrictas reglas del gobierno. Nuestro personal médico investiga nuevas tecnologías al revisar los últimos estudios científicos. También hablamos con especialistas en esa área de la medicina. Una vez que el plan aprueba una nueva tecnología, se agrega como servicio cubierto.

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

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante la Organización para la mejora de la calidad (KEPRO). Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para información de contacto.

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

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

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

Si considera que lo tratamos injustamente o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Consulte esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dícales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de salud de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura para medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--------------------	---

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

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

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

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

Sección 1.2	Acerca de los términos legales
--------------------	---------------------------------------

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

- Se usan palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

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

Sí.

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

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). A los fines de simplificar las cosas, generalmente, hablamos de artículos médicos, servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Pedido de decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos cierta atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En limitadas circunstancias se rechazará la decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien presentó la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la solicitud. Si rechazamos la solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos las normas de manera adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien presentó la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la solicitud. Si rechazamos la solicitud para una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan la evaluará.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para recibir atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más en detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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

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

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

- **Puede llamar a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 3 del Capítulo 2).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web, www.youroptimumhealthcare.com).
 - Para atención médica o 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 rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros 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 y en nuestro sitio web en www.youroptimumhealthcare.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario de “Nombramiento de representante”, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no se le requiere que contrate un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

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

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

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos 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 usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*).

Si no está seguro de la sección que debe utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención**

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

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

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

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe 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 incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar se toma, generalmente, en 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma, generalmente, en un plazo de 72 horas para servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

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

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no puede realizar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que usaremos los plazos estándares.
 - Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para una receta de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de las 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedirnos otra vez obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina reconsideración del plan.
Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

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

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presenta su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si fuera necesario, recopilaremos más información, para lo cual posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorarnos para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

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 determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su archivo de caso. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tenía una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá también una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá también una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta para su apelación Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo,

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

puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. La organización de revisión independiente no puede demorar en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento dentro de las **72 horas** posteriores a que se nos informe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmación de la decisión o rechazo de la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:
 - Se le explicará la decisión.
 - Se le notificará sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?**

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibida su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que deberíamos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos 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 con las normas, puede preguntárnoslo. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra autorización antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costos compartidos menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

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

- Pedirnos autorización previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que recete tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplique a los medicamentos en el Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costos compartidos que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una

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

restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el **Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos especializados**.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivelación, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los

niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sean propensos a causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o el profesional que receta nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico ni de otro profesional que recete, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que usaremos los plazos estándares.

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

- Explica que, si su médico u otro profesional que receta pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de 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 solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto. El sitio web del plan tiene la capacidad para que usted, el profesional que receta o el representante autorizado presenten una solicitud de determinación de cobertura a través del sitio web. Todo lo que se requiere es completar el documento por completo y enviarlo. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Para ayudarnos a procesar su solicitud, recuerde incluir su nombre e información de contacto, y los datos del reclamo rechazado para el cual está presentando la apelación.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o el profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le avisaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le avisaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le avisaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedirnos otra vez obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa 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 un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 7 días. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-245-5360.** En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos a procesar su solicitud, recuerde incluir su nombre e información de contacto, y los datos del reclamo.
- **El sitio web del plan tiene la capacidad para que usted**, el emisor de la receta o su representante autorizado presenten una solicitud de apelación (redeterminación de medicamento recetado de la Parte D) a través del sitio web. Todo lo que se requiere es

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

completar el documento por completo y enviarlo. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presenta su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le avisaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

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 determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta

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

apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamo a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, esta organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización dice que no **a parte o a la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmación de la decisión**. También se denomina **rechazo de la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se le explicará la decisión.
- Se le notificará sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Se le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.

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

- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a ser ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie (como, por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería) le entrega el aviso en el hospital, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros 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).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Se explica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si usted considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su cuidado hospitalario esté cubierto más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

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

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. (Consulte la Sección 3 del Capítulo 2).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista de alta hospitalaria es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar en la medianoche de la fecha prevista de alta hospitalaria**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso, se le informa de su fecha planificada para el alta y se le explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/-General-Information/MedicareBNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha planificada para el alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir

esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?
--------------------	--

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 referida a la fecha del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista de alta hospitalaria y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista de alta hospitalaria fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- Si rechazamos su apelación, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista de alta hospitalaria, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista de alta hospitalaria.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si esta organización *acepta* su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización *rechaza* su apelación, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.

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

- En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 de apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura
--------------------	---

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de recibir atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito**, al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. (Consulte la Sección 3 del Capítulo 2).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso donde se proporcionan detalles sobre las razones para cancelar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la **explicación detallada de no cobertura** de nosotros donde le explicaremos en detalle nuestras razones para cancelar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.

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

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización determina 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 que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos pagarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para peticiones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no concluir.** A diferencia de la decisión tomada en un Nivel 2 de apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en cuestión.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente Nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 9.2 **Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones para pedidos de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente Nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal Servicio al Cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la atención de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o examen, o para obtener una prescripción.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos enviado el aviso obligatorio? • ¿Le resulta difícil entender la información escrita?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si solicitó que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si usted cree 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 denomina reclamo. • Presentar una queja también se denomina interponer un reclamo. • Usar el proceso para quejas también se denomina usar el proceso para interponer un reclamo. • Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.

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

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Envíe una carta describiendo su queja a nuestro Departamento de quejas** en Optimum HealthCare, Inc. Attn: Grievance Unit, P.O. Box 152727, Tampa, FL 33684, o puede enviar una carta por fax al 1-813-506-6235. En su carta, infórmenos de su reclamo, incluso cómo contactarlo si tenemos alguna pregunta. Incluya, si es posible, la fecha del incidente motivo de la queja y los nombres de cualquier plan o representante del proveedor con el que ya se haya comunicado. Una vez que recibamos su carta, le responderemos con una carta de acuse de recibo dentro de los 5 días calendario posteriores a la recepción de su reclamo por escrito. Le notificaremos nuestra resolución con respecto a su reclamo tan rápido como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta por 14 días si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora lo beneficia. Puede comenzar un reclamo que desee resolver más rápido que el reclamo estándar. En ciertos casos, si se relaciona con una denegación de decisión acelerada de cobertura o una denegación de apelación acelerada, tiene derecho a solicitar una “reclamo formal rápido”, lo que significa que responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema para el cual desea hacer el reclamo.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, detallaremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad
---------------------	--

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre el plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que se cancele su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como el **periodo de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Periodo de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no estar inscrito automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original en este período, también se puede inscribir en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese mismo momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un periodo especial de inscripción

En determinadas situaciones, los miembros de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP) pueden estar habilitados para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo especial de inscripción**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de la Florida (AHCA) de Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un periodo especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no estar inscrito automáticamente.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2024**.
- Comuníquese con **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 puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	- Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. - Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en nuestro plan se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Debemos cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad.
 - Después de la inscripción exitosa en el plan y periódicamente según sea necesario por CMS, una solicitud será enviada a su proveedor o a la oficina del proveedor para verificar sus condiciones de clasificación. Si la prueba no se recibe un aviso para la pérdida de Necesidades Especiales de estado será enviado a usted. Si el Plan no puede verificar su condición de clasificación dentro de la línea de tiempo de la CMS es necesario, se le enviará una carta de desafiliación le notifica de la fecha de cancelación de la inscripción.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud, a menos que ya no tenga una condición médica necesaria para la inscripción en el plan
--------------------	--

En la mayoría de los casos, el plan no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en el que podemos hacer esto es si ya no tiene la condición médica necesaria para la inscripción en el plan.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La principal legislación que aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo la Ley del Seguro Social por parte de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid, o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Optimum HealthCare, Inc. como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso informándoles a las personas sobre la no discriminación y requisitos de accesibilidad

La discriminación es ilegal

Optimum HealthCare cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Optimum HealthCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Optimum HealthCare:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita esos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Optimum HealthCare, Inc.

Si usted cree que Optimum HealthCare no ha podido proporcionar estos servicios o discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja a:

Optimum HealthCare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 152727
Tampa, FL 33684
Teléfono: 1-866-245-5360, TTY: 711
Fax: 1-813-506-6235

Puede presentar un reclamo por correo, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles de Optimum HealthCare estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por teléfono o por correo a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de queja se encuentran disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

SECCIÓN 5 Inserto para varios idiomas

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-245-5360 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-245-5360 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-245-5360 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-245-5360 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-245-5360 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-245-5360 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-245-5360 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-245-5360 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-245-5360 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-245-5360 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic : إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-245-5360 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-245-5360 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-245-5360 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-245-5360 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-245-5360 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-245-5360 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-245-5360 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: un administrador de beneficios de medicamentos recetados es una compañía que administra o maneja el programa de beneficios de medicamentos para su plan de salud.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o pagos por servicios o mantenimientos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar la inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de atención médica a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cantidad máxima que pagará de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo.

Cargo del farmacéutico: un cargo que debe pagar cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtido de una receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar la receta.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: es la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado custodial o supervisado, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte, o una condición médica que está empeorando de manera rápida.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado **\$8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los **\$5,030**.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costos compartidos (una excepción a nivel de cobertura). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más del monto permitido del costo compartido del plan. Como miembro del plan, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que le **facturen saldos** ni que le cobren más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que formaliza un contrato con nuestro plan a través del cual los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha formalizado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de cada afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

condición de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio a través del cual los proveedores brindan un 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 hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de Cobertura Inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso como medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el gobierno ofrece el plan Medicare Original, y no los planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (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 cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. Este es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más, después de que sea elegible para unirse a un plan de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Periodo de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un periodo de beneficio ha terminado, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios. Un periodo de beneficio puede incluir múltiples admisiones. Se aplicará un copago por hospitalización hasta que se agote el beneficio.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: el periodo del 1.º de enero al 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original en este periodo, también se puede inscribir en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese mismo momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de tres meses después de que la persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Periodo especial de inscripción: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un periodo especial de inscripción son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el Título 42, Sección 422.2 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de condiciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el Título 42, Sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que se ofrece a través de una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Costo, Plan de necesidades especiales, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos para el Periodo sin Cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa de periodo sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y ortótica: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor: es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinan y prestan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro de fuera de la red: un proveedor o centro que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no son propiedad de nuestro plan y no los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

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 cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como el cuidado de visión, dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Telesalud: atención médica basada en consultas por teléfono o telemedicina.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para Miembros de Optimum Diamond Rewards (HMO C-SNP)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-866-245-5360 (las llamadas a este número son gratuitas). 1-813-506-6099 (las llamadas a este número pueden no ser gratuitas). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Servicios para Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla). Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	1-813-506-6150
CORREO	Optimum HealthCare, Inc. P.O. Box 151137 Tampa, FL 33684
SITIO WEB	www.youroptimumhealthcare.com

Atender las Necesidades de Seguro Médico de los Adultos Mayores (SHINE), (SHIP de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría de seguro médico a las personas con Medicare.

Método	información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337 (Las llamadas a este número son gratuitas).
TTY	1-800-955-8770 (Las llamadas a este número son gratuitas). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.
CORREO	SHINE – Serving Health Insurance Needs of Elders Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Ste. 270 Tallahassee, Florida 32399-7000 Correo electrónico: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta colección de información es 0938-1051. Si usted 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.

