Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Care N' Care Choice Plus (PPO), es ofrecido por Care N' Care Insurance Company. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Care N' Care Insurance Company. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Care N' Care Choice Plus [PPO]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p. m., hora estándar central.

Esta información está disponible en distintos formatos, entre ellos, letra grande y en español. Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Y0107_H6328_22_091S_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2022)

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que busca, consulte la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan Care N' Care Choice Plus (PPO) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 44

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 60

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 129

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 156

Indica las tres etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa de cobertura inicial*, *Etapa del período sin cobertura* y *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted paga por sus medicamentos. También detalla los cinco niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 175

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 183

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 195

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

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

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 252

Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 261

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 264

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 6
Sección 1.1 Usted está inscrito en Care N' Care Choice Plus (PPO), que es una PPO de Medicare ... 6
Sección 1.2 De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura* ... 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 6
SECCIÓN 2 Requisitos necesarios para ser miembro del plan ... 7
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad ... 7
Sección 2.2 Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare ... 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicio para Care N' Care Choice Plus (PPO) ... 7
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal ... 8
SECCIÓN 3 Qué otra documentación le enviaremos ... 8
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos ... 8
Sección 3.2 *Directorio de proveedores/farmacias:* Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan ... 9
Sección 3.3 *Directorio de proveedores/farmacias:* Su guía para conocer las farmacias dentro de nuestra red ... 10
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan ... 10
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos con receta de la Parte D ... 10
SECCIÓN 4 Su prima mensual para Care N' Care Choice Plus (PPO) ... 11
Sección 4.1 A cuánto asciende la prima del plan ... 11
SECCIÓN 5 Debe o no pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D ... 12
Sección 5.1 Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D ... 12
Sección 5.2 A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D ... 13
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa ... 13
Sección 5.4 Qué puede hacer si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D ... 14
SECCIÓN 6 Debe o no pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos ... 14
Sección 6.1 Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos ... 14
Sección 6.2 Cuál es el monto adicional de la Parte D ... 15
Sección 6.3 Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D ... 15

Sección 6.4 Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D 15

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual..... 15

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan..... 16

Sección 7.2 Modificaciones en la prima mensual del plan durante el año..... 18

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan..... 18

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 18

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 19

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida..... 19

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

Sección 10.1 Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro 19

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Care N' Care Choice Plus (PPO), que es una PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Care N' Care Choice Plus (PPO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Care N' Care Choice Plus (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO en inglés, significa organización de proveedores preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

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

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

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

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que se tome el tiempo para leer el folleto *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o preocupa, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted.

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Care N' Care Choice Plus (PPO) 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 adicionales que la afectan. A veces, estos avisos se denominan "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Care N' Care Choice Plus (PPO), desde el 1.º de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Care N' Care Choice Plus (PPO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Care N' Care Choice Plus (PPO). Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos necesarios para ser miembro del plan

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, se describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.

Sección 2.2 Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para Care N' Care Choice Plus (PPO)

Aunque Medicare es un programa federal, Care N' Care Choice Plus (PPO) 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 estos condados en Texas: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que 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 2.4 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) notificarán a Care N' Care Choice Plus (PPO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Care N' Care Choice Plus (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué otra documentación le enviaremos

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

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

FRENTE

care n care
Insurance Company, Inc.

2021 Care N' Care Choice PLUS (PPO)

Member Name:

MemberID

Rx Bin#: 000000
Rx PCN#: PartD
Rx Bin# Part B: 000000
Rx PCN# Part B: XXXXX
Rx GRP#: CNC000

HealthPlan (00000)

Copays:	**In-Network**	**Out-of-Network**
PCP:	$00	$00
Specialist:	$00	$00
ER:	$00	$00

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

H0000 000

EJEMPLO

DORSO

In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.
Medicare limiting charges apply.

Members:

Customer Experience Team:
Toll Free: 877-374-7993
TTY/TDD: 711
www.cnchealthplan.com

Pharmacy Customer Service:
855-791-5302
Dental/Hearing/Vision/Over-the-Counter (OTC) Customer Service: 833-492-9866

Providers:

Prior Auth/Cert/Service: 855-359-9999
Provider Eligibility & Benefits:
844-806-8216 (Representative and IVR)

Pharmacy Claims: 855-791-5302
Dental Claims: 833-492-9865
Vision Claims: 800-521-3605
Medical Claims Phone: 844-806-8216
Medical Claims Payer ID #: 66010
Medical Claims Address:
P.O. Box 4375, Scranton, PA 18505

POWERED BY eyeMed

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO), usted deberá pagar el costo total de los servicios. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios en un centro de cuidados paliativos, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esta condición es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

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

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

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero (DME).

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos convenido que estos proveedores les brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En nuestro sitio web, https://www.cnchealthplan.com/search, encontrará la lista más actualizada de proveedores y suministradores.

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y necesarios por razones médicas. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una a través de su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitarle a su Equipo de experiencia al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el Directorio de proveedores/farmacias en https://www.cnchealthplan.com/search o descargarlo de este sitio web. Tanto su Equipo de experiencia al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 *Directorio de proveedores/farmacias:* Su guía para conocer las farmacias dentro de nuestra red

¿Qué son las "farmacias dentro de la red"?

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

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

Puede usar el *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar una farmacia de la red que desee utilizar. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado disponible en nuestro sitio web: https://www.cnchealthplan.com/search. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores/farmacias. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2022 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).* Para abreviar, la denominamos la "Lista de medicamentos". Indica cuáles son los medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Care N' Care Choice Plus (PPO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Care N' Care Choice Plus (PPO).

La Lista de medicamentos también contiene información sobre las normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le brindamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Equipo de experiencia al cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan, https://www.cnchealthplan.com/medication-look-up-2022/, o llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que lo ayudará a comprender y a llevar un registro de los pagos realizados para los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de Beneficios de la Parte D* se informa la cantidad total que usted u otros en su nombre gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D se brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Care N' Care Choice Plus (PPO)

Sección 4.1 A cuánto asciende la prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de Care N' Care Choice Plus (PPO) es de $55. Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluye el programa de "Ayuda adicional" y los Programas de asistencia farmacéutica estatal. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede que no se aplique a su caso.**

En algunos casos, la prima del plan podría tener un mayor costo

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor que el monto que figura anteriormente en la Sección 4.1. A continuación, se describen dichos casos.

- Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Beneficios complementarios opcionales	Prima mensual del plan
Cláusula dental para Care N' Care	$26

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura "acreditable" de medicamentos con receta. ("Acreditable" significa que la cobertura de medicamentos es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende del tiempo que estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. En la Sección 5 del Capítulo 1 se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como el IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), debido a que, hace 2 años, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado por encima de cierto monto en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se agregará a la prima. En la Sección 6 del Capítulo 1, se explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 Debe o no pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D

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

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

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. (A los miembros que deseen pagar sus primas cada tres meses se les agregará la multa a su prima trimestral). Cuando se inscriba por primera vez en Care N' Care Choice Plus (PPO), le informaremos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan.

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

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

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima fue de $33.37.
- 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 $33.37, lo que equivale a $4.6718. Este resultado se redondea a $4.67. Este monto debe sumarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, la multa también aumentará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga 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 restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

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

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

- Si usted ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto **"cobertura acreditable de medicamentos".** Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, su asegurador o Departamento de Recursos Humanos le indicará si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

        - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos con receta y que se preveía que pagara el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - Las siguientes *no* son una cobertura acreditable de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre coberturas acreditables, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

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

Si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de esta decisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en donde se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Debe o no pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos

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

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

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta con información sobre cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suela pagar su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 Cuál es el monto adicional de la Parte D

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

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

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta donde se le indicará el monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en línea o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de

TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) brinda información sobre las primas de Medicare en la sección titulada "Costos de Medicare 2022". Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años en otoño una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen cuatro formas para pagar la prima del plan. Para obtener información sobre cómo cambiar su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la manera en la que paga su prima, es posible que el nuevo método de pago tarde hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de que la prima del plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si elige pagar con cheque o giro postal, recibirá una factura por la prima del plan del mes siguiente. Si desea pagar las primas anualmente, póngase en contacto con nosotros para que podamos enviarle una factura por el monto adecuado. La factura incluirá un sobre para el envío por correo. El pago vence el primer día de cada mes. Todo pago que se reciba después del día 5 del mes se verá reflejado en su próximo estado de cuenta. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a nombre de Care N' Care, no de CMS o HHS.

Los cheques o giros postales se pueden enviar por correo a:
Care N' Care Insurance, Inc.
P.O. Box 674189
Dallas, TX 75267-4189

Opción 2: *Transferencia electrónica de fondos*

Usted puede hacer que el pago de la prima del plan sea debitado automáticamente de su cuenta corriente o caja de ahorros. Este programa es gratuito y elimina la necesidad enviar cheques mensuales. Las deducciones de su cuenta bancaria se realizarán el día 5 de cada mes. Tenga en cuenta que, si el día 5 cae un fin de semana o es un feriado, su prima se deducirá el próximo quinto día hábil. Comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener más información sobre la forma de establecer el débito automático desde su cuenta corriente o caja de ahorros.

Opción 3: Puede pagar en línea con tarjeta de crédito

Si decide pagar con tarjeta de crédito, puede pagar su prima del plan en línea en https://www.cnchealthplan.com. El pago vence el primer día de cada mes. Todo pago que se reciba después del día 5 del mes se verá reflejado en su próximo estado de cuenta. Para obtener más información sobre el pago en línea con tarjeta de crédito, puede comunicarse con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 4: Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con mucho gusto le ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de la prima antes del quinto día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía del plan se cancelará si no recibimos la prima del plan en un plazo de (3) meses calendario. Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente para que le recomendemos programas que le ayudarán a pagar la prima del plan. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó la prima del plan, Original Medicare brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago de la prima del plan y no tiene actualmente cobertura de medicamentos con receta, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura de medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura "acreditable" de medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

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

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto se indica cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-877-374-7993 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes, del 1.º

de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 7.2 Modificaciones en la prima mensual del 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 cambia para el año próximo, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que cambie la parte de la prima que usted tiene que pagar. Esto puede suceder si usted pasara a calificar para el programa de "Ayuda adicional" o si perdiera su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para la "Ayuda adicional" para los costos de los medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" pagará el total o una parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

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

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros 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 para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, de un seguro de indemnización por accidentes laborales o de Medicaid);
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna información, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que tiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información médica personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado "pagador secundario", solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga en primer lugar depende de la edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si tiene

Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):

  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía 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 todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóviles)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes laborales

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar su otra información del seguro, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Care N' Care Choice Plus (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente del plan) 23**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 32**

SECCIÓN 3 **Programa de Asistencia de Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 33**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare) 34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 35**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 36**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 37**

SECCIÓN 8 **Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 41**

SECCIÓN 9 **Qué sucede si tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador 42**

SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Choice Plus (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Equipo de experiencia al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Choice Plus (PPO). Nosotros lo ayudaremos.

Método	Equipo de experiencia al cliente: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central. El Equipo de experiencia al cliente también ofrece servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

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

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

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

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

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

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com/your-rights-2/

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, y también respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene un problema con la cobertura o el pago del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice Plus (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Elixir 2181 E. Aurora Road, Suite 201 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	http://elixirsolutions.promptpa.com

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

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

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Elixir 2181 E. Aurora Road, Suite 201 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias dentro de la red, y también respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problema con la cobertura o con el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-438-8483
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Part D Appeals and Grievances 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice Plus (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y 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	Solicitud de pago de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Direct Member Reimbursement 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

Método	Solicitud de pago de beneficios para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Elixir Attn: DMR Department 2181 E. Aurora Road, Suite 201 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud 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 se llama Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a veces denominada "CMS". Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** ofrece información sobre la condición de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor *aproximado* de los costos que paga de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Care N' Care Choice Plus (PPO): • **Informe sobre su queja a Medicare:** Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice Plus (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O puede llamar a Medicare y solicitar la información que desea. 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 de Asistencia de Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento, Defensa e Información Médica (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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

Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información Médica para Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en "**Formularios, ayuda y recursos**" arriba, en el extremo derecho del menú

- En el cuadro desplegable, haga clic en "**Números de teléfono y sitios web**"
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción 1: puede tener un **chat en directo**
  - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los "**TEMAS**" en el menú, en la parte inferior
  - Opción 3: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del Programa de Información Médica, Asesoramiento y Promoción (SHIP de Texas)
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services P.O. Box 149030 Austin, TX 74714-9030
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare).

En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

La KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas)
LLAME AL	1-888-315-0636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora estándar central)
TTY	1-855-843-4776
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de 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 recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que 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 de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

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

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

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa Medicaid de Texas)
LLAME AL	1-800-252-8263
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

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

Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda Adicional" y no es necesario que la soliciten. Medicare envía una carta por correo a quienes califican de manera automática para la "Ayuda Adicional".

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

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

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

- Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente para solicitar ayuda para obtener y proporcionar la mejor evidencia disponible. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su Ayuda adicional trabajando con Medicare para comprobar su elegibilidad para la Ayuda adicional.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

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

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando una farmacia le facture por su receta y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará todo descuento aplicado. 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 ayudan a salir del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

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

Care N' Care Choice Plus (PPO) ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas serán un copago de $35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista y un copago de $70 para un suministro de 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos actualizada en

https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2022/. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que Care N' Care Choice Premium (PPO) ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo, a veces, serán inferiores a los costos aquí mencionados. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si se inscribe en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), obtendrá igualmente el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que pueden salvar vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta. En Texas, se lo denomina Programa de medicamentos para el VIH de Texas. *Nota*: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Póngase en contacto con: el Programa de medicamentos para el VIH de Texas al 800-222-3986.

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de los medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

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

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

Si usted considera que ha alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta sean correctos y actualizados. Si consideramos que a usted no le corresponde un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas de asistencia farmacéutica estatal

Muchos estados tienen programas de asistencia farmacéutica estatales que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene reglas distintas para brindar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

Estos programas brindan asistencia financiera para medicamentos con receta a personas con discapacidades y a personas mayores que tienen ingresos limitados y necesidades médicas. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica son el Programa para la Salud Renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas y el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Método	Programa de atención médica para el riñón de Texas (KHC): Programa de asistencia farmacéutica estatal de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986
TTY	1-800-735-2989
ESCRIBA A	Kidney Health Care MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/kidney

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas: (Programa de asistencia farmacéutica estatal de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090
TTY	1-800-735-2989
ESCRIBA A	Texas HIV Medication Program P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/

SECCIÓN 8 Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si pulsa "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://rrb.gov/

SECCIÓN 9 Qué sucede si tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Equipo de experiencia al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan. Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta de nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Aspectos que debe saber acerca de la atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 46

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan..... 46

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 47

Sección 2.1 Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 47

Sección 2.2 Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación de su PCP por adelantado 48

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 48

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 49

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe 50

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica..... 50

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos..... 51

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 52

SECCIÓN 4 Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos 52

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos..... 52

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total..... 53

SECCIÓN 5 Cómo se cubren los servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"..... 53

Sección 5.1 Qué es un "estudio de investigación clínica"..... 53

Sección 5.2 Quién paga cada artículo o servicio cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 54

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 55

Sección 6.1 Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica..... 55

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica..... 56

SECCIÓN 7 Normas para quedarse con el equipo médico duradero 56

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado ciertos pagos dentro de nuestro plan?..... 56

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento..... 57

Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho? 57

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?..... 57

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?..... 58

SECCIÓN 1 Aspectos que debe saber acerca de la atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

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

Para obtener más detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y sobre cuánto debe pagar cuando recibe esta atención, utilice la Tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para prestar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de costo compartido como pago total. Hemos convenido que estos proveedores les brinden los 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 y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Care N' Care Choice Plus (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Care N' Care Choice Plus (PPO) 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 folleto).
- **La atención que recibe se considera necesaria por razones médicas.** "Necesario por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para brindar servicios conforme a Original Medicare.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
  - Los proveedores de nuestra red aparecen en el *Directorio de proveedores/farmacias*.
  - Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo por los servicios cubiertos puede ser más alta.
  - Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

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

¿Qué es un "PCP" y en qué lo puede ayudar?

El PCP (Primary Care Provider), o proveedor de atención primaria, es un médico que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, puede obtener atención de rutina o básica de su PCP.

Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de cabecera o un proveedor de medicina interna. Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye, entre otros:

- Radiografías
- Medicamentos
- Análisis de laboratorio
- Terapia
- Atención de médicos que son especialistas
- Ingresos en el hospital y
- Atención de seguimiento
- Pruebas de detección de salud

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre la atención que recibe y cómo se va desarrollando. Debido a que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá asegurarse de que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio del PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Para elegir a su PCP, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan. Dado el caso, usted deberá elegir a un nuevo PCP de nuestro plan o pagará más para recibir los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.

Sección 2.2 Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación de su PCP por adelantado

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación 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.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente; por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- 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, infórmenos antes de irse del área de servicio, así podremos ayudarle a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.*

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Care N' Care es una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); esto significa que no es necesario que obtenga remisiones. Usted puede utilizar cualquier PCP o especialista que elija, independientemente de que el proveedor forme parte de la red de Care N' Care o no.

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

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible para notificarle que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Si necesita ayuda para encontrar otro proveedor, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesario por razones médicas. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor**. Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable

del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

- No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son necesarios por razones médicas. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante porque:
    - Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran necesarios por razones médicas, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decidimos no cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que le corresponde del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en ese caso?

Una **"emergencia médica"** es una situación en la que usted o cualquier otra persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata a fin de no perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué cobertura tiene en caso de emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo pondría su salud en peligro. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan incluye un beneficio de emergencia internacional para todos los miembros. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo finaliza el estado de emergencia médica y su afección está estable.

Como beneficio adicional, nuestro plan brinda cobertura de emergencia en todo el mundo hasta un límite fijo. Este beneficio no incluye atención médica de transporte o que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información y conocer las limitaciones sobre este beneficio.

¿Qué sucede si no se trata de una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro), pero el médico le dice que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, la parte que le corresponde del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

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

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

En la mayoría de los casos, si usted se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo por su atención será mayor.

Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, nosotros le permitiremos recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red por el monto menor de costo compartido que se aplica a los proveedores dentro de la red al ir a un centro de atención de urgencia. Cuando las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o cuando no es posible comunicarse con ellos temporalmente, acuda al centro de atención de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor por un monto de costo compartido menor dentro de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia en todo el mundo si recibe la atención fuera de los Estados Unidos en virtud del beneficio complementario de emergencia/atención de urgencia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web https://www.cnchealthplan.com/ para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

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

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos*

corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Care N' Care Choice Plus (PPO) cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque no se haya cumplido con las normas del plan.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que está considerando, tiene derecho a preguntar si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decidimos no cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica.

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

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcance su límite de beneficios, el dinero que gaste en ese servicio no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente cuando desee saber cuánto ya usó de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Cómo se cubren los servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"

Sección 5.1 Qué es un "estudio de investigación clínica"

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es una forma que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica para averiguar, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, por lo que solicitan la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que les permite a los médicos y a los científicos determinar si un enfoque nuevo funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y para ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están

llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra autorización o la de 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.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 Quién paga cada artículo o servicio cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría, aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte que corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de la cómo funciona el costo compartido: Supongamos que se le ha realizado 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 en Original Medicare, pero el análisis saldría $10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos artículos o servicios que se están analizando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio aun cuando usted *no* esté participando en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en 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: 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 cubierta 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 afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro del plan, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica brindados por instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

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

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a obtener el tratamiento médico "no exceptuado".

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

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que ingrese en el centro, ya que, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para quedarse con el equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO) 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. En determinadas circunstancias, le transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con el Equipo de experiencia al

cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no pudo quedarse con el DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para quedarse con el artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para quedarse con el artículo. No hay excepciones a este caso si usted regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho?

Si califica para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Care N' Care Choice Plus (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Care N' Care Choice Plus (PPO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare dentro de la red es: el 20% del costo todos los meses y fuera de la red: el 30% del costo todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Care N' Care Choice Plus (PPO).

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado un alquiler por el equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Care N' Care Choice Plus (PPO), se inscribe en Care N' Care Choice Plus (PPO) durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Care N' Care Choice Plus (PPO) y, luego, vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 61

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos..... 61

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?..... 61

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 62

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar..... 63

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan..... 63

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

SECCIÓN 3 Qué servicios no están cubiertos por el plan..... 123

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 123

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

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

Para comprender la información sobre los pagos que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, se brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro 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) no debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente.

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

En nuestro plan existen dos límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es de $3,500. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios que recibe de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $3,500 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo

de su bolsillo por el resto del año cuando consulte a proveedores de nuestra red. No obstante, debe seguir pagando la prima del plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo** es de $7,000. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de Medicare de la Parte A y la Parte B que recibe de proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $7,000 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima del plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que nuestros proveedores cobren cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una determinada cantidad de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera 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 que consulte:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se indica en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Care N' Care Choice Plus (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención, los servicios, los suministros y los equipos médicos) *deben* ser necesarios por razones médicas. "Necesario por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa") de Care N' Care Choice Plus (PPO).
    - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
    - Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
    - 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 con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - 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.

- Como sucede con todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* [*Medicare y Usted 2022*]. Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite 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.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, durante el año, Medicare agrega cobertura por medio de Original Medicare para servicios nuevos. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán otras ocho sesiones para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o presenta una regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Los asociados médicos (Physician Assistants, PA), el personal de enfermería (Nurse Practicioners, NP)/los especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (identificados en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente: • Un máster o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad de los Estados Unidos (es decir, Puerto Rico), o en el distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda acupuntura debe estar supervisión apropiada de un médico, PA o NP/CNS, según lo requerido por nuestras reglamentaciones en §§ 410.26 y 410.27 de la Ley 42 del Código de Regulaciones Financieras (Code of Federal Regulations, CFR).	Copago de $15 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.	Copago de $40 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o giratoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas.	**Dentro de la red** Copago de $225 por cada servicio de transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $225 por cada servicio de transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.
	Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.	
Chequeo físico anual El examen físico de rutina anual incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, análisis de diagnóstico radiológico o no radiológico, ni análisis de diagnóstico. Es posible que se aplique costo compartido adicional a todo análisis de laboratorio o de diagnóstico realizado durante su consulta, según se describe para cada servicio separado en esta Tabla de beneficios médicos. No es necesario programar las consultas para exámenes físicos de rutina anuales con una diferencia de 12 meses, ya que se realiza un examen físico por año calendario.	**Dentro de la red** Copago de $0 para un chequeo físico de rutina todos los años.	**Fuera de la red** Copago de $30 para este examen físico anual cubierto por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud y factores de riesgo actuales. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** La primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura de las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran necesarios por razones médicas: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico. • Para las gammagrafías óseas de diagnóstico, consulte la sección **Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** en esta Tabla de beneficios médicos	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses. • Para obtener mamografías de diagnóstico, consulte la sección **Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** en esta Tabla de beneficios médicos	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de control cubiertas.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la red** Copago de $10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de $10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), verificar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con el riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para realizar análisis de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha tenido una prueba anormal de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de quiropraxia Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (ajustes de la columna vertebral).	**Dentro de la red** Copago de $15 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal A las personas mayores de 50 años se les cubren los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en heces (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tengan alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como una alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tengan alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o hacer remisiones.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Cubrimos lo siguiente: **Exploraciones bucodentales preventivas** • Evaluación bucodental periódica: D0120 • Exploración bucodental exhaustiva: D0160 • Nueva evaluación enfocada en un problema: D0170 Dos (D0120, D0160, D0170) cada 12 meses • Evaluación bucodental limitada: D0140 Tres cada 12 meses. No se permite con servicios de rutina. • Evaluación bucodental integral: D0150 • Evaluación periodontal integral: D0180 Una (D0150, D0180) cada 36 meses por proveedor o ubicación. Una de (D0120) cada 6 meses por proveedor o ubicación. • Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental - Procedimiento menor: D9110 Permitido solo con D0140 y radiografías	Paga $0 de copago por exámenes bucales preventivos	Paga $0 de copago por exámenes bucales preventivos
Cubrimos **Radiografías dentales** • Intrabucal, serie completa: D0210 • Radiografía panorámica: D0330 • Radiografía interproximal vertical – D0277 (7 a 8 radiografías) Una (D0210, D0330, D0277) cada 36 meses	Paga $0 de copago por radiografías dentales	Paga $0 de copago por radiografías dentales

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios odontológicos (continuación) • Primera radiografía intrabucal periapical: D0220 • Cada radiografía intrabucal periapical adicional: D0230 Una (D0220) por fecha del servicio • Radiografía intrabucal oclusal: D0240 Dos de (D0240) cada 24 meses • Radiografía interproximal única: D0270 • Dos radiografías interproximales: D0272 • Tres radiografías interproximales: D0273 • Cuatro radiografías interproximales: D0274 Una (D0270, D0272, D0273, D0274) cada 12 meses	Paga $0 de copago por radiografías dentales	Paga $0 de copago por radiografías dentales
Cubrimos **Limpiezas** • Profilaxis para adultos: D1110 • Eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o intensa generalizada, boca completa: D4346 Dos (D1110, D4346) cada 12 meses • Procedimientos de mantenimiento periodontal (después del tratamiento activo): D4910 Cuatro (D4910) cada 12 meses	Paga $0 de copago por las limpiezas	Paga $0 de copago por las limpiezas
Cubrimos **Fluoruro** • Aplicación tópica de barniz de fluoruro: D1206 • Aplicación tópica de fluoruro: D1208 Dos (D1206, D1208) cada 12 meses	Paga $0 de copago por fluoruro	Paga $0 de copago por fluoruro

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios odontológicos (continuación) Además, Care N' Care ofrece beneficios odontológicos como beneficios complementarios opcionales por una prima mensual adicional. Consulte la Tabla de beneficios odontológicos en la Sección 2.2 de este capítulo.		
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad u antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para tener un mínimo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Capacitación para el automonitoreo de la diabetes, los servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para monitorear el azúcar en sangre: control de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles (*los dispositivos de control y los suministros cubiertos se limitan a Freestyle, Precision y One-Touch*). • Para las personas que tienen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el automonitoreo de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias.	Copago de $0 para suministros preferidos de monitoreo de diabetes (Freestyle, Precision y One-Touch). El 20% del costo para todos los demás suministros de marca para monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. El 20% del costo de los zapatos terapéuticos o las plantillas ortopédicas para diabéticos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada capacitación para automonitoreo cubierta por Medicare.	El 20% del costo por los suministros de supervisión para diabetes cubiertos por Medicare. El 20% del costo de los zapatos terapéuticos o las plantillas ortopédicas para diabéticos cubiertos por Medicare. El 20% del costo por cada capacitación de automonitoreo cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero [DME]"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes (incluidas las bombas de insulina y los suministros relacionados, la insulina para usar en bombas de insulina y los dispositivos de supervisión continua de la glucosa y los suministros relacionados), camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especialmente para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web en https://www.cnchealthplan.com/search.	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.*	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
	El 20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare.	El 30% del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios: • Ofrecidos por un proveedor idóneo que brinda servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es una situación en la que usted o cualquier otra persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata a fin de no perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios que se brindan dentro de la red. Los servicios de emergencia están cubiertos fuera del área de servicio en cualquier parte del mundo.*	**Dentro de la red** Copago de $90	**Fuera de la red** Copago de $90
	Si lo internan en el hospital en el plazo de 3 días por la misma afección, no tiene que pagar la parte que le corresponde del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer los otros costos. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabilice, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido dentro de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización. Copago de $90 por servicios de emergencia para la cobertura internacional. *Cobertura limitada a $75,000 para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.	
Programas educativos sobre salud y bienestar SilverSneakers® es un programa integral que mejora el bienestar general y la fuerza. Diseñado para todos los niveles y capacidades, este programa brinda acceso a equipos de ejercicios, a clases de ejercicios grupales, a ejercicios en el hogar, a la educación en línea y a un sentido de comunidad. Al estar presente en más de 14,000 lugares de todo el país, los miembros pueden visitar cualquiera de nuestras ubicaciones en cualquier momento.	**Dentro de la red** Copago de $0 para el beneficio de gimnasio de SilverSneakers®.	**Fuera de la red** Copago de $30 para el beneficio de gimnasio de SilverSneakers®.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios auditivos	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Las evaluaciones diagnósticas auditivas y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $25 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y relacionados con el equilibrio cubierto por Medicare.	Copago de $45 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y relacionados con el equilibrio cubierto por Medicare.
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Examen auditivo: un examen auditivo de rutina por año. • Audífonos: hasta dos audífonos de marca TruHearing por año (uno por oreja por año). El beneficio se limita a los audífonos avanzados y de calidad superior de TruHearing, que vienen en diversos estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 833-492-9866 para programar una cita (los usuarios de TTY deben marcar 711).	Copago de $45 por un examen auditivo de rutina* Copago de $699 por audífono avanzado*.	Copago de $45 por un examen auditivo de rutina* Copago de $699 por audífono avanzado*.
Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: • 3 consultas con el proveedor dentro del primer año de la compra del audífono • Un período de prueba de 45 días • Garantía extendida por 3 años • 48 baterías por audífono	Copago de $999 por audífono premium*.	Copago de $999 por audífono premium*.
El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • Moldes auditivos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos de reclamos de garantía por pérdida y daño • Los costos asociados con artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	*Los exámenes auditivos de rutina y los copagos por los audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.	*Los exámenes auditivos de rutina y los copagos por los audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen un alto riesgo de padecer la infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica en el hogar le brinde estos servicios. El requisito es que usted se vea incapacitado para salir de su hogar, es decir, hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o de un asistente de salud a domicilio, de medio tiempo o de manera intermitente. (Se cubrirán en función del beneficio de atención médica en el hogar. Los servicios de enfermería especializada y de asistentes de salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red Copago de $0 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $40 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
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 una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba de infusión) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados según el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.	Copago de $0 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.*	Copago de $40 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.*
• Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para el suministro de medicamentos para infusión en el hogar y el tratamiento de infusión en el hogar a cargo de un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar calificado. Nota: Los servicios de terapia de infusión en el hogar (Home Infusion Therapy, HIT) pueden requerir la coordinación con el suministro de medicamentos para la infusión en el hogar administrados a través de un artículo del equipo médico duradero (DME). Los copagos y el coseguro son aplicables para cada servicio cubierto.*	El 20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare.*	El 30% del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un diagnóstico de enfermedad terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Care N' Care Choice Plus (PPO). No paga nada por la atención en un centro de cuidados paliativos a través del programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y el relevo.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación) Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende del uso de un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga solamente el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por los servicios de fuera de la red. Para los servicios cubiertos por Care N' Care, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Care N' Care seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).* **Nota:** Si necesita atención no relacionada con los cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales cada temporada de la gripe en el otoño y el invierno y vacunas antigripales adicionales si son necesarias por razones médicas. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Copago de $0 para todas las vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare. Las vacunas cubiertas por la Parte D se procesarán en el nivel que se identifique en el Formulario.	**Fuera de la red** Copago de $30 por cada vacuna preventiva cubierta por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios de hospitalización de cuidados intensivos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de terapia intensiva o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y de la sala de recuperación	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.*	
	Dentro de la red Días 1 a 6: copago de $250 por día Días 7 en adelante: copago de $0 por día	**Fuera de la red** 25% del costo

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida 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 dentro de la red se encuentran fuera del modelo de atención comunitaria, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Care N' Care Choice Plus (PPO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizar el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital **fuera de la red** una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. Cubrimos una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria para pacientes internados.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada "¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	*En la página anterior, se enumera la información del servicio, incluidos los requisitos y la información sobre los copagos.*	
Atención de salud mental para pacientes internados • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días por servicios de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
	Copago de $1,500	El 30% del costo

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta	*Los servicios pueden requerir autorización previa.*	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. 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:		
• Servicios médicos.		
- Médico de atención primaria	Copago de $10	Copago de $40
- Especialista	Copago de $25	Copago de $50
• Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)		
- en un laboratorio	Copago de $5	Copago de $15
- en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de $10	Copago de $25
• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	El 20% del costo	El 30% del costo
• Vendajes quirúrgicos	El 20% del costo	El 20% del costo
• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	El 20% del costo	El 30% del costo
• Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos	El 20% del costo	El 30% del costo
• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debidos a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en el estado físico del paciente	El 20% del costo	El 30% del costo
• Fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional	Copago de $25 (fisioterapia y fonoaudiología) Copago de $15 (terapia ocupacional)	Copago de $45 (fisioterapia y fonoaudiología) Copago de $30 (terapia ocupacional)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Beneficios de comidas Dos (2) entregas de 15 comidas. Este beneficio solo es elegible para miembros que han sido dados de alta después de una hospitalización en un hospital de cuidados agudos o para la gestión de miembros con afecciones crónicas aprobadas con autorización previa.	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red Copago de $0	**Fuera de la red** Copago de $30
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después del primer año. Si cambian su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento, con una remisión del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar las dificultades a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero, como nebulizadores, autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministra por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y fármacos estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe cumplir para que se cubran las recetas. En el Capítulo 6, se explica lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan. *Se puede requerir autorización previa*	**Dentro de la red** El 20% del costo por medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare. El 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.	**Fuera de la red** El 30% del costo por medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare. El 30% del costo por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un programa de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Tratamientos asistidos con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. • El suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento por el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis toxicológicos. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	**Dentro de la red** Copago de $25 por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $50 por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		
• Radiografías		
- incluidas dentro de la consulta con el médico	Copago de $5	Copago de $30
- en un centro para pacientes ambulatorios	Copago de $5	Copago de $30
• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos	Copago de $50	Copago de $75
Ecocardiografía con un monto aprobado de $100 a $300	Copago de $150	Copago de $175
Ecocardiografía con un monto aprobado superior a $300		
• - Ecografía	Copago de $65	Copago de $100
• - Tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, prueba de esfuerzo nuclear, ecocardiograma de esfuerzo, tomografía computarizada por emisión de fotón único y otros servicios, como la gammagrafía ósea de diagnóstico	Copago de $175	Copago de $200
• - Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia para el cáncer)	El 20% del costo	El 30% del costo
• - Suministros quirúrgicos, como vendajes	El 20% del costo	El 30% del costo
• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	El 20% del costo	El 30% del costo
• Análisis de laboratorio		
- en un laboratorio	Copago de $5	Copago de $15
- en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de $10	Copago de $25
• Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada	Copago de $0 para la sangre después de las 3 primeras pintas	El 30% del costo para la sangre después de las 3 primeras pintas
• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
- En un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de $5	Copago de $15
- En un laboratorio	Copago de $10	Copago de $25
- Prueba de esfuerzo en una cinta de correr, prueba de función pulmonar, estudio del sueño, mamografía de diagnóstico o colonoscopia de diagnóstico	Copago de $125	Copago de $175
Los servicios pueden requerir autorización previa.		

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o si puede recibir el alta. Para que estén cubiertos los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare, y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando está indicado en la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen al hospital como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que le corresponden por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada "¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Dentro de la red** Copago de $200 por servicios de observación cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $350 por servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en los consultorios externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o de una lesión.		
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		
• Servicios en una sala de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria	Copago de $200 Copago de $200	Copago de $350 Copago de $350
• Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital	Copago de $10	Copago de $25
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa - Hospitalización parcial - Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios - Consulta de terapia individual	 Copago de $55 Copago de $40 Copago de $40	 Copago de $125 Copago de $55 Copago de $55
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • - Radiografías - Ecocardiografía con un monto aprobado de $1 a $300 - Ecocardiografía con un monto aprobado superior a $300 • - Ecografías - TAC, IRM, ARM, TEP, prueba de esfuerzo nuclear, ecocardiografía de esfuerzo, gammagrafía tomográfica y otros servicios - Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)	 Copago de $5 Copago de $50 Copago de $150 Copago de $65 Copago de $175 El 20% del costo	 Copago de $30 Copago de $75 Copago de $175 Copago de $100 Copago de $200 El 30% del costo
• Suministros médicos, como tablillas y yesos	El 20% del costo	El 30% del costo
• Ciertas pruebas de detección y servicios preventivos	Copago de $0	Copago de $30
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse	El 20% del costo	El 30% del costo
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen al hospital como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que le corresponden por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.		

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada "¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios pueden requerir autorización previa.		
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, personal de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental con licencia estatal y calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
	Copago de $40 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y copago de $40 por cada consulta de terapia grupal.	Copago de $55 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y copago de $55 por cada consulta de terapia grupal.
	Copago de $40 por cada consulta de terapia individual con un tipo diferente de especialista cubierta por Medicare y copago de $40 por cada consulta de terapia grupal.	Copago de $55 por cada consulta de terapia individual con un tipo diferente de especialista cubierta por Medicare y copago de $55 por cada consulta de terapia grupal.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología. Todos los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología siguen el límite definido por Medicare para la cobertura máxima de estos beneficios en 2022. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como los consultorios externos de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	**Dentro de la red** Copago de $15 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $25 por cada consulta de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $45 por cada consulta de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones grupales e individuales para el tratamiento por consumo de sustancias.	**Dentro de la red** Copago de $40 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de$40 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $55 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $55 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red:	**Fuera de la red:**
	Centro quirúrgico ambulatorio Copago de $175 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.	**Centro quirúrgico ambulatorio** Copago de $275 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.
	Hospital para pacientes ambulatorios Copago de $200 por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.	**Hospital para pacientes ambulatorios** Copago de $350 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Artículos de venta libre (OTC) Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-counter, OTC), como vitaminas, protección solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfrío, y vendajes. Tiene 2 opciones para realizar el pedido: - **En línea:** visite https://livewell.medline.com/CNC - **Por teléfono,** llame sin cargo al Representante de servicio de atención al cliente de medicamentos OTC al 833-492-9866 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora estándar central. Sin costo adicional para usted, su pedido se enviará a la dirección que usted proporcione al realizar el pedido. Consulte su Catálogo de productos OTC para 2022 para obtener una lista completa de los artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante del Servicio de Atención al Cliente de OTC para obtener más información.	Usted paga $0. Usted tiene $30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan. Los períodos trimestrales de beneficios de OTC son enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre. Si no utiliza todo el monto de beneficios de venta libre trimestral cuando haga el pedido, el saldo restante NO se pasará al próximo período de beneficios de venta libre. Cualquier monto de beneficios de OTC sin usar vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios. Nota: Si agota el beneficio trimestral de OTC, es posible que aún solicite en el catálogo mediante su propio método de pago que paga de su bolsillo.	
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.	*Los servicios requieren autorización previa.*	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
	Copago de $55 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	Copago de $125 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios y suministrados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, los consultorios externos de un hospital o cualquier otro lugar
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.
• Determinados servicios de telesalud, incluidas las consultas en el consultorio del médico que se ofrecen a través de los servicios de su médico o profesional.
  o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por medio de la telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios por medio de la telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca este tipo de servicio.
  o *Servicios de médicos de atención primaria*
  o *Sesiones individuales para servicios especializados en salud mental*
  o *Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental*
• Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el domicilio. Dichas consultas se realizan en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental asociado, independientemente de su ubicación.
	Copago de $10 por cada consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.
	Copago de $25 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.
	Para obtener servicios prestados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios" en la página 93.
	Copago de $10 para los médicos de atención primaria.
	Copago de $40 por sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.
	Copago de $40 por sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.
		Copago de $40 por cada consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.
		Copago de $50 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.
		Para obtener servicios prestados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios" en la página 93.
		Copago de $40 para los médicos de atención primaria.
		Copago de $55 por sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.
		Copago de $55 por sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico entre 5 a 10 minutos **si:** o No es paciente nuevo **y** **El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días** y **Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)** o El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha disponible más cercana. • Evaluación de videos y/o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: o No es paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha disponible más cercana. • Interconsulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante un registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, al arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, a la extracción de dientes para preparar la mandíbula para radioterapia de cáncer neoplásico o a los servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico)		
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina para los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	**Dentro de la red** Copago de $20 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $40 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual. No se requiere coseguro, copago ni deducible para hacerse un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por una prueba anual de PSA cubierta por Medicare. Copago de $30 por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una parte o una función del cuerpo en su totalidad o parcialmente. Los dispositivos incluyen bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección). ***Los servicios requieren autorización previa.***	**Dentro de la red** El 20% del costo de los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. El 20% del costo de los suministros relacionados cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** El 30% del costo por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. El 30% del costo por suministros protésicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar un tratamiento de rehabilitación pulmonar.	**Dentro de la red** Copago de $10 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Pruebas de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son adictos al alcohol. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos cubiertos por Medicare para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low-Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Estos son los miembros elegibles:** personas entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de por lo menos 30 paquetes/años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para la LDCT durante una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y durante una consulta de toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y las brinda un médico o un profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* el miembro debe recibir una orden escrita para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón posterior con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un alto riesgo de tener una ETS cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos con vida sexual activa y mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio del médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenir estas ETS cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios para tratar enfermedades renales	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:		
• Servicios educativos para las enfermedades renales para enseñarles a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.	El 20% del costo por servicios educativos cubiertos por Medicare sobre enfermedades renales.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales).	El 20% de coseguro para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	El 30% del costo por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
• Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y la persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio).	El 20% del costo por la capacitación para hacerse autodiálisis.	El 30% del costo por la capacitación para hacerse autodiálisis.
• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.	El 20% del costo por equipos y suministros para diálisis en el domicilio.	El 30% del costo por equipos y suministros para hacerse autodiálisis en el hogar.
• Ciertos servicios de apoyo en el domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para monitorear su diálisis en el domicilio, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua).	El 20% del costo por servicios de apoyo a domicilio.	El 30% del costo por servicios de apoyo en el hogar.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	El 20% del costo por medicamentos de la Parte B de Medicare.	El 30% del costo por medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (se incluyen sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que normalmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios médicos o profesionales En general, usted obtendrá la atención de los SNF en centros del plan. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	**Dentro de la red** Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Copago de $0 por día para los días 1 al 20. Copago de $184 por día para los días 21 a 100.	**Fuera de la red** Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. El 35% del costo.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital. ***Los servicios requieren autorización previa.***		
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede verse afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable para pacientes internados o ambulatorios. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El SET está cubierto para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y una remisión para la PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET). El programa de SET debe: • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que comprendan un programa de ejercicios terapéuticos para la 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 tratamiento con ejercicios para la PAD; • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. El SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas durante 36 sesiones adicionales en un período extendido si un proveedor de atención médica considera que es necesario por razones médicas.	**Dentro de la red** Copago de $0 por cada consulta de SET cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** Copago de $20 por cada consulta de SET cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.	**Dentro de la red** Copago de $30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de $90 por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo.* *Cobertura limitada a $75,00 para servicios de emergencia/urgencia internacionales fuera de los Estados Unidos.	**Fuera de la red** Copago de $30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de $90 por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo.* *Cobertura limitada a $75,000 para servicios de emergencia/urgencia internacionales fuera de los Estados Unidos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Atención de la vista	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:		
• Servicios 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. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Copago de $25 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare.	Copago de $40 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanounidenses de 65 años o más.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.	Copago de $30 por una prueba de detección de glaucoma anual cubierta por Medicare.
• 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 incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).*	Copago de $0 para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas con un monto máximo de beneficio que no debe superar los $100.	Copago de $30 para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas con un monto máximo de beneficio que no debe superar los $100.
• Lentes correctivas o marcos (y reemplazos) que deben usarse después de la extracción de cataratas en la que no se implanta una lente.*		
• Examen de la vista de rutina (hasta uno por año)	Copago de $0 para exámenes de la vista de rutina.	Copago de $40. Se le reembolsará hasta un monto máximo de $30 por un examen de la vista de rutina.*
• Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes). Los montos que superen el máximo del beneficio corren a cargo del miembro.	Copago de $0 para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) hasta el monto máximo de beneficios que no supere los $100.	Copago de $30 para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) hasta el monto máximo de beneficios que no supere los $100.
*Con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completo.		

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio del médico que quiere programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	**Fuera de la red** Copago de $30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que Original Medicare no cubre y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman "**beneficios complementarios opcionales**". Si desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Cláusula dental para Care N' Care

- $26 de prima mensual
- Máximo de beneficio anual (Annual Benefit Maximum, ABM) de $7,500
- Sin deducible anual
- Solo los procedimientos integrales se tendrán en cuenta para el ABM
- Sin período de espera después de la inscripción
- Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.
- Los miembros serán responsables de la diferencia entre el costo dentro de la red y el monto enviado por los servicios fuera de la red.

Servicios básicos de restauración (empastes)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2140	Empaste de amalgama: una superficie, primarios o permanentes	Una restauración por diente por superficie, una vez cada 24 meses. * Los servicios de restauración no están permitidos si se prestaron servicios de coronas para la superficie.	20% del costo
D2150	Empaste de amalgama: dos superficies, primarios o permanentes		
D2160	Empaste de amalgama: tres superficies, primarios o permanentes		
D2161	Empaste de amalgama: cuatro superficies, primarios o permanentes		
Restauración con resina (empastes)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anteriores	Una restauración por diente por superficie, una vez cada 24 meses. * Los servicios de restauración no están permitidos una vez que se prestan servicios de coronas.	20% del costo
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores		
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores		
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, anteriores		
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anteriores		
D2391	Compuesto a base de resina: una sola superficie, posteriores		
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores		
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores		
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores		
Restauraciones de incrustación/recubrimiento*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	Una restauración por diente cada 60 meses * Estos servicios requieren autorización.	20% del costo
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies		
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies		
D2542	Recubrimiento: metálico, dos superficies		
D2543	Recubrimiento: metálico, tres superficies		
D2544	Recubrimiento: metálico, cuatro o más superficies		
D2610	Incrustación: porcelana/cerámica, una superficie		
D2620	Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies		

Restauraciones de incrustación/recubrimiento* (continuación)			
D2630	Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D2642	Recubrimiento: porcelana/cerámica, dos superficies		
D2643	Recubrimiento: porcelana/cerámica, tres superficies		
D2644	Recubrimiento: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies		
D2650	Incrustación: compuesto a base de resina, una superficie		
D2651	Incrustación: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2652	Incrustación: compuesto a base de resina, tres o más superficies		
D2662	Recubrimiento: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2663	Recubrimiento: compuesto a base de resina, tres superficies		
D2664	Recubrimiento: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies		
Coronas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2710	Corona: resina (indirecta)	Una restauración por diente cada 60 meses * Estos servicios requieren autorización.	50% del costo
D2712	Corona: 3/4 de compuesto a base de resina (indirecta)		
D2720	Corona: resina con metal altamente noble		
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base		
D2722	Corona: resina con metal noble		
D2740	Corona: porcelana/cerámica		
D2750	Corona: porcelana pura con metal altamente noble		
D2751	Corona: porcelana pura con metal predominantemente base		
D2752	Corona: porcelana pura con metal noble		
D2753	Corona: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido		
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base fundido		
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido		
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica		
D2790	Corona: completa de metal altamente noble fundido		

Coronas* (continuación)			
D2791	Corona: completa de metal predominantemente base fundido		
D2792	Corona: completa de metal noble fundido		
D2794	Corona: titanio		
D2799	Corona provisoria	Incluida en el beneficio de la corona	
Restauraciones importantes			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2910	Recementado o readhesión de incrustación, recubrimiento, carilla o restauración de cobertura parcial	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo
D2915	Recementado o readhesión fabricados indirectamente		
D2920	Recementado o readhesión de corona		
D2940	Restauración protectora: colocación directa de un material de restauración para proteger la forma del diente o tejido. Este procedimiento también puede ser utilizado para aliviar el dolor, estimular la sanación o prevenir el empeoramiento.	Una vez por diente de por vida.	
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pines cuando sea necesario	Uno de (D2950, D2952, D2954) una vez por diente cada 60 meses. No se permite con restauración de resina o amalgama.	50% del costo
D2952	Perno y muñón: además de la corona, fabricados indirectamente		
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona		
D2951	Retención de pines: por diente, además de la restauración	Una vez por diente cada 60 meses con restauración de resina o amalgama. Se incluyen con estos servicios: D2950, D2952 y D2954.	
D2953	Cada perno adicional, el mismo diente, fabricado indirectamente	Uno por diente cada 60 meses incluido con D2952	
D2980	Reparación de la corona por falla en materiales de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	
D2990	Infiltración de resina en lesión incipiente de la superficie lisa	Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses.	
D2999	Procedimiento de restauración sin especificar, por informe*	Se requiere autorización. * Explicación de la necesidad médica y la descripción del servicio.	

Pulpotomía			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3220	Pulpotomía terapéutica	Uno de (D3220 o D3221) una vez por diente, de por vida. No se permite en conjunto con un tratamiento de conducto con el mismo proveedor/ubicación en un plazo de 90 días	50% del costo
D3221	Desbridamiento pulpar macroscópico de dientes primarios y permanentes		
Tratamiento de conducto			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3310	Endodoncia (tratamiento de conducto), anteriores	Una vez por diente permanente de por vida.	50% del costo
D3320	Endodoncia (tratamiento de conducto), premolares		
D3330	Endodoncia (tratamiento de conducto), molares		
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico		
D3346	Repetición del tratamiento de conducto previo, anteriores		
D3347	Repetición del tratamiento de conducto previo, premolares		
D3348	Repetición del tratamiento de conducto previo, molares		
D3999	Procedimiento de endodoncia sin especificar*	Se requiere autorización. * Explicación de la necesidad médica y la descripción del servicio.	
Servicios de apicectomía/perirradiculares*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3410	Apicectomía, anteriores	Una vez por diente permanente de por vida.	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D3421	Apicectomía/perirradicular: premolares (primera raíz)		
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molares (primera raíz)		
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)		
D3430	Empaste retrógrado	Una vez por diente de por vida.	
Servicios quirúrgicos de periodoncia*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Uno de (D4210, D4211) una vez por cuadrante cada 36 meses	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.

Servicios quirúrgicos de periodoncia* (continuación)			
D4211	Gingivectomía de gingivoplastia: de uno a tres dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4240	Procedimiento de colgajo de gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante.	Uno de (D4240, D4241) una vez por cuadrante cada 36 meses	
D4241	Procedimiento de colgajo de gingival, incluido el alisado radicular: de uno a tres dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Uno de (D4260 o D4261), una vez por cuadrante cada 36 meses	
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo gingival): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	Una vez por diente permanente de por vida.	
Servicios periodontales complementarios			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes enfermos por cuadrante*	Uno de (D4341 o D4342), una vez por cuadrante cada 36 meses.	50% del costo *D4341 requiere autorización
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: 1 a 3 dientes por cuadrante		
D4355	Desbridamiento total de la boca para permitir la evaluación y el diagnóstico integrales	Uno cada 36 meses	
Otros servicios periodontales*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4999	Procedimiento periodontal no determinado: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio	* Requiere autorización	50% del costo
Dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	50% del costo

Dentaduras postizas completas (continuación)			
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses	
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez de por vida.	
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez de por vida.	
Dentaduras postizas parciales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	50% del costo
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de resina		
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible		
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses	
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina		
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible		
D5221	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base de resina	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez de por vida.	
D5223	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: estructura de metal fundido, base de resina para la dentadura postiza		
D5222	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base de resina	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez de por vida.	
D5224	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: estructura de metal fundido, base de resina para dentadura postiza		
Ajustes de prótesis extraíbles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular		
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar		
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular		

Reparaciones de dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5511	Reparación de base rota de dentadura postiza completa: mandibular	Un ajuste por arco cada 12 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5512	Reparación de base rota de dentadura postiza completa: maxilar		
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o fracturados: dentadura postiza completa (cada diente)		
D5611	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza: mandibular	Una vez por arco cada 12 meses	
D5612	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza: maxilar		
D5621	Reparación de la estructura: mandibular		
D5622	Reparación de la estructura: maxilar		
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos: por diente		
D5640	Reemplazo de dientes fracturados: por diente		
D5650	Adición de un diente a la dentadura postiza parcial existente		
D5660	Adición de un gancho a la dentadura postiza parcial existente: por diente		
Procedimientos de rebasado de dentadura postiza			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	Uno de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	Uno de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	Uno de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	Uno de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	

Procedimientos de recubrimiento de dentadura postiza			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5730	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Uno de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5750	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)		
D5731	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Uno de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5751	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)		
D5740	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	Uno de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5760	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)		
D5741	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	Uno de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5761	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)		
Otros servicios de prótesis removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5850	Acondicionamiento de tejidos maxilares	Solo con la fabricación de una nueva dentadura postiza. No se permite durante 60 meses después de la entrega de una nueva dentadura postiza.	20% del costo
D5851	Acondicionamiento de tejidos mandibulares		
D5863	Sobredentadura: completa, maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	50% del costo
D5864	Sobredentadura: parcial, maxilar		
D5865	Sobredentadura: completa, mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses, por paciente	
D5866	Sobredentadura: parcial, mandibular		
D5876	Agregar una subestructura metálica a la dentadura postiza acrílica completa	Solo se permite en la misma fecha del servicio que D5110, D5120, D5130, D5140	
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar: radiografías preoperatorias y descripción*	* Requiere autorización	
D5999	Prótesis maxilofacial sin especificar, por informe: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio*		

Implantes endósticos*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endóstico	Uno de (D6010, D6013) cada 60 meses por cuadrante	50% del costo * Los servicios requieren autorización, salvo (D6090, D6092 y D6093)
D6013	Colocación quirúrgica de minimplante		
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	Uno de (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082, D6083, D6084, D6086, D6087, D6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) cada 60 meses por cuadrante	
D6059	Corona de porcelana pura con metal (muy noble) apoyada en pilar		
D6060	Corona de porcelana pura con metal (metal base) apoyada en pilar		
D6061	Corona de porcelana pura con metal (metal noble) apoyada en pilar		
D6062	Corona de metal fundido (muy noble) apoyada en pilar		
D6063	Corona de metal fundido (metal base) apoyada en pilar		
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada en pilar		
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante		
D6066	Corona de porcelana pura con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble) apoyada en implante		
D6067	Corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble) apoyada en implante		
D6068	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica		
D6069	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal altamente noble)		
D6070	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal predominantemente base)		
D6071	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal noble)		
D6072	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal altamente noble)		
D6073	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal predominantemente base)		

Implantes endósticos* (continuación)			
D6074	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal noble)		
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica		
D6076	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)		
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)		
D6082	Corona apoyada en implante: porcelana pura con aleaciones predominantemente base		
D6083	Corona apoyada en implante: porcelana pura con aleaciones nobles		
D6084	Corona apoyada en implante: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6086	Corona apoyada en implante: aleaciones predominantemente base		
D6087	Corona apoyada en implante: aleaciones nobles		
D6088	Corona apoyada en implante: titanio y aleaciones de titanio		
D6094	Corona apoyada en pilar: titanio		
D6097	Corona apoyada en pilar: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6098	Retenedor apoyado en implante: porcelana pura con aleaciones predominantemente base		
D6099	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: porcelana pura con aleaciones nobles		
D6120	Retenedor apoyado en implante: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6121	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones predominantemente base		
D6122	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones nobles		
D6123	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: titanio y aleaciones de titanio		

Implantes endósticos* (continuación)			
D6195	Retenedor apoyado en pilar: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6090	Reparación de prótesis apoyada en implante	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo * (D6090, D6092 y D6093) únicamente no requieren autorización.
D6092	Recementado o readhesión de corona apoyada en implante/pilar		
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija en implante/pilar		
Pónticos de dentadura postiza parcial fija*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6205	Póntico: compuesto a base de resina indirecta	Uno de (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) por diente cada 60 meses	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D6210	Póntico: metal altamente noble fundido		
D6211	Póntico: metal predominantemente base fundido		
D6212	Póntico: metal noble fundido		
D6214	Póntico: titanio		
D6240	Póntico: porcelana pura con metal noble		
D6241	Póntico: porcelana pura con metal		
D6242	Póntico: porcelana pura con metal noble		
D6243	Póntico: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6245	Póntico: sustrato de porcelana/cerámica		
D6250	Póntico: resina con metal altamente noble		
D6251	Póntico: resina con metal base		
D6252	Póntico: resina con metal noble		
D6545	Retenedor: metal fundido para prótesis fija retenida por resina	Uno de (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794), por diente cada 60 meses	
D6548	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija retenida por resina		
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija retenida por resina		
D6602	Retenedor de incrustación: metal noble, dos superficies		
D6603	Retenedor de incrustación: metal noble, tres o más superficies.		
D6604	Retenedor de incrustación: metal base, 2 superficies		
D6605	Retenedor de incrustación: metal base, 3 o más superficies		
D6606	Retenedor de incrustación: metal noble fundido, dos superficies		
D6607	Retenedor de incrustación: metal noble fundido, 3 o más superficies		

Pónticos de dentadura postiza parcial fija* (continuación)			
D6608	Retenedor de recubrimiento: porcelana/cerámica, dos superficies		
D6609	Retenedor de recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D6610	Retenedor de recubrimiento: metal altamente noble fundido, dos superficies		
D6611	Retenedor de recubrimiento: metal altamente noble fundido, tres superficies		
D6612	Retenedor de recubrimiento: metal predominantemente base fundido, 2 superficies		
D6613	Retenedor de recubrimiento: metal predominantemente base fundido, 3 superficies		
D6614	Retenedor de recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies		
D6615	Retenedor de recubrimiento: metal noble fundido, 3 o más superficies		
D6624	Retenedor de incrustación: titanio		
D6634	Retenedor de recubrimiento: titanio		
D6710	Corona de retención: compuesto a base de resina indirecta		
Coronas retenedoras para dentadura postiza parcial fija*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6720	Corona de retención: resina con metal altamente noble	Uno de (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794), por diente cada 60 meses, por paciente	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D6721	Corona de retención: resina con metal predominantemente base		
D6722	Corona de retención: resina con metal noble		
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica		
D6750	Corona de retención: porcelana pura con metal muy noble		
D6751	Corona de retención: porcelana pura con metal		
D6752	Corona de retención: porcelana pura con metal noble		
D6753	Corona de retención: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6780	Corona de retención: 3/4 de metal muy noble fundido		
D6781	Corona de retención: 3/4 de metal predominantemente base fundido		
D6782	Corona de retención: 3/4 de metal noble fundido		

Coronas retenedoras para dentadura postiza parcial fija* (continuación)			
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio		
D6790	Corona de retención: completa de metal muy noble fundido		
D6791	Corona de retención: completa de metal base fundido		
D6792	Corona de retención: completa de metal noble fundido		
D6793	Corona de retención provisoria		
D6794	Corona de retención: titanio		
Otros servicios de dentadura postiza parcial fija			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija		
D6999	Procedimientos de prostodoncia fija no especificados: explicación de la necesidad médica y descripción del servicio*	* Requiere autorización	50% del costo
Cirugía bucal y maxilofacial (cirugía bucal o extracciones)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7140	Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Una vez por diente de por vida.	20% del costo *Únicamente estos servicios (D7210, D7250, D7251) requieren autorización.
D7210	Extracción quirúrgica de diente brotado que requiere extracción de hueso o sección del diente		
D7220	Extracción de diente retenido: tejido blando		
D7230	Extracción de diente retenido: parcialmente óseo		
D7240	Extracción de diente retenido: completamente óseo		
D7241	Extracción de diente retenido: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales		
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales		
D7251	Coronectomía		

Otros procedimientos quirúrgicos			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7260	Cierre de una fístula oroantral	2 por arco de por vida	50% del costo
D7261	Cierre primario de perforación de los senos paranasales		
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro		
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando		
Alveoloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno de (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida	50% del costo
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		
D7320	Alveoloplastia que no se realice junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno de (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida	
D7321	Alveoloplastia que no se realice junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		
Vestibuloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Una por arco de por vida	50% del costo
D7350	Vestibuloplastia: extensiones de la cresta (incluidos injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de la inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico)		
Lesiones por escisiones quirúrgicas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm		50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D7411	Escisión de lesión benigna mayor que 1.25 cm		
D7440	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7441	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm		
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		

Lesiones por escisiones quirúrgicas* (continuación)			
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm		
D7460	Extracción de un quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7461	Extracción de un quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de mayor que 1.25 cm		
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar superior o inferior)	2 por arco de por vida por miembro, independientemente del proveedor	
D7472	Extracción de rodete palatino	Una vez de por vida por miembro, independientemente del proveedor	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	2 de por vida por miembro, independientemente del proveedor	
D7473	Extracción de rodete mandibular		
Incisión quirúrgica			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	No se permite con extracción en la misma fecha del servicio	50% del costo
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal		
D7521	Incisión y drenaje de absceso de tejido blando extrabucal complicado		
Otros procedimientos de reparación			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7960	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento independiente	Uno de (D7960, D7963) una vez por arco de por vida por paciente	50% del costo
D7963	Frenuloplastia		
D7970	Escisión de tejido hiperplástico: por arco	Una vez por arco de por vida	
D7971	Escisión de encía pericoronal	Una vez por diente de por vida	
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio	* Requiere autorización.	
Anestesia*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9239, D9243) el mismo día.	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9239, D9243) el mismo día.	

Anestesia* (continuación)			
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223, D9239, D9243, D9248) el mismo día.	
D9239	Moderación intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223) el mismo día.	
D9243	Moderación intravenosa (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223) el mismo día.	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223, D9230, D9239, D9243) el mismo día.	
Interconsulta profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9310	Interconsulta: servicio de diagnóstico brindado por un odontólogo o médico que no sea el odontólogo o médico solicitante	Uno por proveedor o ubicación por año. No se permite con (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) por el mismo proveedor o ubicación.	50% del costo
Visitas profesionales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9410	Llamada al domicilio/centro de cuidados prolongados	Una por fecha del servicio. 6 por año.	50% del costo
D9420	Llamada a un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio		
Servicios varios*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	2 de (D1206, D1208, D9910) cada 12 meses	50% del costo *Estos servicios requieren autorización, excepto D9910.
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico)	Una vez por año. Atención posoperatoria de rutina o tratamiento de alveolitis no permitidos	
D9950	Análisis de oclusión: caso montado	Uno de (D9950, D9952) cada 60 meses	
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Una vez cada 12 meses	
D9952	Ajuste oclusal: completo	Uno de (D9950, D9952) cada 60 meses	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe		

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 están cubiertos por este plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas indicadas. La única excepción es: pagaremos si se determina mediante una apelación que un servicio de la Tabla a continuación 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 prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la Tabla a continuación.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.		✓ A menos que estos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es necesario por razones médicas.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica del hogar, como preparación de comidas o realización de tareas domésticas ligeras.	✓	
Cargos cobrados por cuidados por familiares directos o los miembros del hogar.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para lograr una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓ Con cobertura hasta las limitaciones indicadas en servicios odontológicos anteriormente enumerados en el Capítulo 4.
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina para los pies		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comida a domicilio		✓ Solo se cubre después del alta de una hospitalización en cuidados intensivos.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos forman parte de un dispositivo ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del dispositivo o si los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos		✓ Audífonos y consultas con los proveedores para hacer una revisión de los audífonos (excepto lo descrito específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, cargos por devolución, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (aparte de las 48 baterías gratuitas por audífono comprado).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión deficiente		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) después de una cirugía de cataratas. Los anteojos se cubren hasta los límites mencionados en Servicios oftalmológicos. Servicios de rutina cubiertos hasta las limitaciones que se mencionan anteriormente en Servicios oftalmológicos en el Capítulo 4.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de un naturoterapeuta (tratamientos naturales o alternativos)	✓	

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

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 131

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 131

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 132

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 132

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta tengan cobertura, utilice una farmacia dentro de la red ... 132

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias dentro la red ... 133

SECCIÓN 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 134

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo ... 135

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan ... 136

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 138

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 138

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos ... 139

Sección 3.3 Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos ... 139

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 140

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones ... 140

Sección 4.2 Tipos de restricciones ... 140

Sección 4.3 Restricciones en sus medicamentos ... 141

SECCIÓN 5 Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera ... 141

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 ... 141

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 ... 142

Sección 5.3 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado ... 144

SECCIÓN 6 Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos ... 145

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ... 145

Sección 6.2 Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando ... 145

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que el plan *no* cubre ... 147

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 147

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando surta medicamentos recetados ... 149

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro ... 149

Sección 8.2 Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro ... 149

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 149

Sección 9.1 Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan ... 149

Sección 9.2 Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo LTC) ... 150

Sección 9.3 Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados ... 150

Sección 9.4 Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare ... 151

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos ... 152

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura ... 152

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides ... 152

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ... 153

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

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluye el programa de "Ayuda adicional" y los Programas de asistencia farmacéutica estatal. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D**. Le enviamos un adjunto por separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este adjunto, llame al Equipo de experiencia al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Care N' Care Choice Plus (PPO) también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le brindan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos*

certificado por Medicare). Para obtener información sobre la cobertura en un centro de cuidados paliativos y la Parte C, consulte la sección sobre centros de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

En la siguiente sección, se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales,* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla con estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentarle documentación a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que demuestre que está calificada para hacer recetas; en caso contrario, su reclamación a la Parte D será rechazada. Le recomendamos que la próxima vez que llame o visite a la persona autorizada a dar recetas le pregunte si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada a dar recetas le lleva tiempo presentar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia dentro de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia dentro 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 abreviar). (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 el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta tengan cobertura, utilice una farmacia dentro de la red

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

Una farmacia dentro de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias dentro la red

¿Cómo encontrar una farmacia dentro de la red en su área?

Para encontrar una farmacia dentro de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores/farmacias,* visitar nuestro sitio web (https://www.cnchealthplan.com/find-a-pharmacy-2022) o llamar a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias dentro la red. Si se cambia de una farmacia dentro de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la nueva farmacia dentro de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia dentro de la red en su área, puede obtener ayuda de su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en *https://www.cnchealthplan.com/search.*

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, los medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente.
- Farmacias que atienden al Programa de Atención Médica para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (*Nota*: Esta situación debería ocurrir con muy poca frecuencia).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores/farmacias* o llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o a largo plazo. los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos con un asterisco.

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar **un suministro de hasta 91 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 7 o 10 días como máximo. Si su pedido se retrasa, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente para ver si puede obtener un suministro temporal.

Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe directamente del consultorio del médico
La farmacia surtirá y le enviará automáticamente las nuevas recetas que reciba de sus proveedores de atención médica, sin confirmarlo con usted primero, en los siguientes casos:

- utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento, comunicándose con nuestra farmacia de pedido por correo. Para obtener más ayuda, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nuestra farmacia de pedido por correo directamente. Para obtener más ayuda, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Si nunca ha utilizado nuestras entregas de pedido por correo o si decide interrumpir el resurtido automático de las recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una

receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surtan y envíen el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (incluye la presentación, la cantidad y la formulación) y, si fuera necesario, le permite cancelar o retrasar un pedido antes de que lo facturen y lo envíen. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar la cobertura de los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nuestra farmacia de pedido por correo directamente. Para obtener más ayuda, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos y puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la cobertura de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nuestra farmacia de pedido por correo directamente. Para obtener más información, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia sobre las mejores maneras de comunicarse con usted. Si tiene más preguntas, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras 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 medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** dentro de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el Directorio de proveedores/farmacias, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como "NMO" (no disponible para pedido por correo [Not Available through Mail Order]). Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia dentro de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias dentro de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia dentro de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- **Viaje:** (Obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan). Si toma medicamentos con receta con regularidad y se va de viaje, asegúrese de tener la cantidad suficiente de los medicamentos antes de partir. Siempre que sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir medicamentos con receta, un "suministro para vacaciones", con anticipación a través de nuestra red de farmacias de pedido por correo o minoristas.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma o se le terminan los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos deberá pagar el costo total (en lugar de abonar solo su copago o coseguro solamente).
- Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde (p. ej., el monto que pagaríamos a una farmacia dentro de la red) del costo mediante el envío de un formulario de reembolso. Si compra en una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su medicamento con receta. Para obtener información sobre cómo presentar una reclamación de reembolso, llame al Equipo de experiencia al cliente.
- También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para averiguar si hay una farmacia dentro de la red en el área donde viaja. No podemos pagar ningún medicamento con receta que se obtenga en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, aunque se encuentre en una emergencia médica.
- **Emergencia médica:** ¿Qué sucede si necesito un medicamento con receta debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia? Cubriremos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red ubicada en los Estados Unidos o en uno de sus territorios si los

medicamentos con receta están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos deberá pagar el costo total (en lugar de abonar solo su copago o coseguro solamente). Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo mediante el envío de un formulario de reembolso. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta.

- **Situaciones adicionales:** otras ocasiones en las que sus medicamentos con receta estarán cubiertos en una farmacia fuera de la red. Cubriremos sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red si se cumple, al menos, uno de los siguientes requisitos:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias dentro de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
    - Si intenta obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en farmacias minoristas o de pedido por correo accesibles de la red (incluidos los medicamentos de alto costo y únicos).
    - Si está recibiendo una vacuna necesaria por razones médicas, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare y algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.
- Para todas las situaciones que se mencionan anteriormente, usted puede recibir un suministro para 31 días como máximo de medicamentos con receta.

En estos casos, **primero consulte con el Equipo de experiencia al cliente** para ver si hay una farmacia dentro de la red cerca. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde del costo) en el momento en que surta la receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una *"Lista de medicamentos cubiertos (formulario)".* En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviar**.

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

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

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona igual que el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- Nivel 2: medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca de muy bajo costo.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos de los Niveles 4 y 5. También incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos de los Niveles 1 y 2.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: incluye medicamentos de marca y genéricos disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos del Nivel 3.
- Nivel 5: medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

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

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

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

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más actualizada que proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (https://www.cnchealthplan.com). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Equipo de experiencia al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en eliminar la restricción. (Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la fórmula farmacéutica del medicamento con receta por su proveedor de atención médica (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 Tipos de restricciones

Nuestro plan tiene distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de manera más eficaz. En la siguiente sección, se brinda más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y, generalmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias dentro de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que usted no respondería al medicamento genérico, entonces cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Límites de cantidades

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

Sección 4.3 Restricciones en sus medicamentos

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (http://www.cnchealthplan.com/search).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer 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 de acuerdo o no en eliminar la restricción. (Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro formulario o está en el formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.

- 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, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas o restricciones adicionales de uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, usted podría desear que eliminemos una restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los diferentes niveles de costo compartido. El monto que paga por su receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

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

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué 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 un medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que se mencionan a continuación:

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

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

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

- **Para los miembros que son nuevos o que formaron parte del plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia dentro 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 miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal antes mencionada.

- Para los miembros que están fuera del período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención cuando pasan de un centro de tratamiento a otro (por ejemplo, de un centro de atención a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de atención a largo plazo, de un hospital al hogar, del hogar a un centro de atención a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de atención a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos al hogar):

  Permitiremos un resurtido anticipado para 30 días del medicamento en la farmacia minorista y un suministro para 31 días como máximo en un entorno de atención a largo plazo para los medicamentos del formulario y un resurtido de transición de emergencia para los medicamentos que no se encuentran en el formulario (incluidos los medicamentos que se encuentran en el formulario, pero requieren autorización previa, tratamiento escalonado o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

  Esto no se aplica a licencias de corto plazo (es decir, días feriados o vacaciones) del centro de atención a largo plazo o los centros hospitalarios.

  Si está fuera del período de transición de 90 días, aun así brindaremos un suministro de emergencia para 30 días en la farmacia minorista o un suministro para 31 días como máximo en un entorno de atención a largo plazo de medicamentos que no se encuentran en el formulario cubiertos por la Parte D (incluidos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el formulario que requerirían autorización previa, tratamiento escalonado o restricciones en el límite de cantidad), según cada caso, mientras se procesa una excepción.

Para solicitar un suministro temporal, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento actual. En las siguientes secciones, encontrará más información sobre estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable primero con su proveedor. Quizás haya un medicamento distinto cubierto por el plan y que funcione igual para usted. Puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede pedirnos una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque, no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y que 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. Se explican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Quizás haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido más bajo que funcione igual para usted. Puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede pedirnos 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 la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso.

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

Los medicamentos de nuestro nivel 5 de medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en el nivel 5.

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 podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha descubierto que no es eficaz.
- Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, detallamos los casos en los que usted podría recibir un aviso directo, si se hacen cambios para un medicamento que está tomando.

También puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante este año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o bien, cambiamos el nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
    - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, aunque actualmente esté tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, es posible que se retire repentinamente un medicamento del mercado porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
    - Es posible que realicemos otros cambios una vez que comience el año que puedan afectar los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que

no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia dentro de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que el plan *no* cubre

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, encontrará información sobre los tipos de medicamentos con receta que están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los medicamentos que se mencionan en esta sección. La única excepción: Si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido de la Parte D y que nosotros deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una

decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se mencionan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán a través de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan 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.
    - Generalmente, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando está respaldada por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por cualquiera de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

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

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

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos de Medicare no cubre. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando surta medicamentos recetados

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

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

Sección 8.2 Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan en el momento de surtir una receta, pídale al personal de la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitar que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un 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 en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. (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). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Quizás haya un medicamento distinto cubierto por el plan y que funcione igual para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

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

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura de medicamentos con receta que le brindemos será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

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

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

Sección 9.4 Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación por parte de la persona autorizada a dar recetas o por el centro de cuidados paliativos en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedir al centro de cuidados paliativos o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de solicitar a la farmacia que surta su receta.

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

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para garantizar que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

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

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que nos comuniquemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y necesario por razones médicas. Si decidimos que el uso de los medicamentos opioides o la benzodiacepina con receta no son seguros, es posible que trabajemos con sus médicos para limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o la benzodiacepina en ciertas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o la benzodiacepina de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explique las limitaciones que consideramos que deben aplicarse a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar inadecuadamente los medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos la decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso a los medicamentos, le enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboraron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y que tienen costos elevados de medicamentos podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos en el que se recomienda lo que puede hacer para utilizar sus medicamentos de la mejor manera; también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. Además, recibirá una lista personal de medicamentos con todos los medicamentos que esté tomando y el motivo por el cual los toma. Asimismo, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias reguladas.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar" para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o siempre que hable con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo la lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) por si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en este y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 158

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura de medicamentos ... 158

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos ... 159

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que esté al obtener el medicamento ... 159

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Care N' Care Choice Plus (PPO)? ... 159

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 161

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "*Explicación de beneficios de la Parte D*" ("EOB de la Parte D") ... 161

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos ... 162

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Care N' Care Choice Plus (PPO) ... 163

Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D ... 163

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 ... 163

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene ... 163

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento ... 164

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo ... 166

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento ... 166

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430 ... 167

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierto grado de cobertura de medicamentos ... 168

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $7,050 ... 168

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 169

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 171

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año..... 171

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 171

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 171

Sección 8.2 Usted puede llamar al Equipo de experiencia al cliente antes de administrarse una vacuna..... 173

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

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluye el programa de "Ayuda adicional" y los Programas de asistencia farmacéutica estatal. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D**. Le enviamos un adjunto por separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este adjunto, llame al Equipo de experiencia al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura de medicamentos

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

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.** Para hacer la lectura más simple, a esta lista la denominamos la "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos informa qué medicamentos están cubiertos.
  - También le indica en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en https://www.cnchealthplan.com. La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto:** En el Capítulo 5, encontrará detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, también se indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia dentro de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de proveedores/farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan. También informa qué farmacias dentro de nuestra red le pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

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

Para comprender la información sobre los pagos que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Care N' Care Choice Plus (PPO)?

Tal como se muestra en la Tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta conforme a Care N' Care Choice Plus (PPO). El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o resurtir una receta. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de los medicamentos.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso. Durante esta etapa, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas seleccionadas serán un copago de $35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista y un copago de $70 para un suministro de 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo.	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen un total de $4,430. Durante esta etapa, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas seleccionadas serán un copago de $35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista y un copago de $70 para un suministro de 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. (Consulte los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y del Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3, o el 25% del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo. Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25% del costo (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos que paga de su bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. Durante esta etapa, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas seleccionadas serán un copago de $35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista y un copago de $70 para un suministro de 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. (Consulte la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Consulte los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted ha hecho cuando obtiene o resurte sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos informarle 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 denomina costo "**que paga de su bolsillo**".
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos**". Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes:** Este informe brinda los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Los totales para el año desde el 1.ºde enero:** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos:** Esta información mostrará aumentos de porcentajes acumulativos para cada reclamación de medicamento con receta.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles:** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

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 realiza por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta:** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos:** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle 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 de este folleto). A continuación, presentamos algunas situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando haya realizado un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante medicamentos.
    - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted:** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo y ayudan a que reúna los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de asistencia farmacéutica estatal de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito:** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene preguntas, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Care N' Care Choice Plus (PPO)

Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D

No se aplican deducibles para Care N' Care Choice Plus (PPO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

No hay un deducible para Care N' Care Choice Plus (PPO) para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del deducible, los costos que paga de su bolsillo por estas insulinas seleccionadas serán un copago de $35 para un suministro de 30 días en una farmacia minorista y un copago de $70 para un suministro de 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos actualizada en https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2022/. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto del copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo variará de acuerdo con el medicamento en sí y el lugar donde lo obtenga

El plan tiene cinco niveles de costo compartido.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- Nivel 2: medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca de muy bajo costo.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos de los Niveles 4 y 5. También incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos de los Niveles 1 y 2.

- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: incluye medicamentos de marca y genéricos disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos del Nivel 3.
- Nivel 5: medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

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 paga por un medicamento depende del lugar de donde lo obtiene:

- una farmacia minorista que pertenece a la red de nuestro plan
- una farmacia que no pertenece a la red del plan
- la farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la Tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

La parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro *para un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para *30* días como máximo)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para *30* días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para *31* días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para *29* días como máximo).
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $2	Copago de $0	Copago de $2	Copago de $2
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $12	Copago de $12	Copago de $12	Copago de $12
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $45	Copago de $45	Copago de $45	Copago de $45
(Insulinas seleccionadas)	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de $95	Copago de $95	Copago de $95	Copago de $95
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados del nivel)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

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

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

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

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

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

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

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

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

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

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $4	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $24	Copago de $24
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos) (Insulinas seleccionadas)	Copago de $90 Copago de $70	Copago de $90 Copago de $70
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de $190	Copago de $190
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados del nivel)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
    - El total que pagó como la parte que le corresponde del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como la parte que le corresponde del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento en 2022, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en medicamentos en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de $4,430. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierto grado de cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $7,050

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período 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 desplazan a lo largo del período sin cobertura.

En el caso de los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. El monto que usted paga cuenta para los costos que paga de su bolsillo y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y del Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3, o el 25% del costo, el monto que sea menor (el plan paga el resto). Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25% del costo y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga. Esto lo ayuda a salir del período sin cobertura.

Care N' Care Choice Plus (PPO) ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante la etapa del período sin cobertura, el costo que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas será un copago de $35 por un suministro minorista de 30 días y un copago de $70 por un suministro minorista o de pedido por correo para 90 días. Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos actualizada en https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2022/. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total anual de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2022, ese monto es de $7,050.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de costos que paga de su bolsillo de $7,050, finaliza la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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

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

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

Es importante quién paga:

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

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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

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. Llame a su Equipo de experiencia al cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya alcanzado un total de $7,050 en costos que paga de su bolsillo durante el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos:** En la Sección 3.2, se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

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

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

- **La parte que le corresponde** del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:
  - Un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - *O bien*, $*3.95* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*9.85* para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

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

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí.** La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la colocación de la vacuna.** (A veces, esto se denomina "administración" de la vacuna).

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

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

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

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

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

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

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia dentro de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro *O* copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Se le administra la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro *O* copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia que exista entre el

monto que 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 y luego la lleva al consultorio del médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Usted puede llamar al Equipo de experiencia al cliente antes de administrarse una vacuna

Las normas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a través de su Equipo de experiencia al cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos ... 176

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos de nuestro plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso ... 176

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió ... 178

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago ... 178

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ... 179

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos ... 179

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 ... 180

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias ... 180

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo ... 180

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

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

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo, no el costo total. (La parte que le corresponde del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que le facture al plan la parte que nos corresponde del costo.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el servicio, deberá solicitarnos que le rembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- En algunas oportunidades, es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
  - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si

el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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 la parte que le corresponde del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que nuestros proveedores cobren cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor 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 solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (*Retroactiva* significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

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 del costo. Deberá enviarnos documentación para que coordinemos el reembolso.

Llame a su Equipo de experiencia al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total del medicamento con receta. (Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

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

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

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

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

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

Es posible que usted pague el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

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

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]),* se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

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

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*https://www.cnchealthplan.com*) o llame al Equipo de experiencia al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Para beneficios médicos:	Para beneficios de medicamentos con receta de la Parte D:
Care N' Care Insurance Company, Inc.	Elixir
Attn: Organizational Determinations	Attn: DMR Department
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300	2181 East Aurora Road, Suite 201
Farmers Branch, TX 75234	Twinsburg, OH 44087

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 *días* a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su 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 para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para obtener cobertura para sus servicios médicos. En el Capítulo 5 se explican las normas que debe seguir para obtener cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

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

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

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

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

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando el pago, sino que nos está informando sobre los pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Es posible que esto lo ayude a reunir más rápidamente los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

A continuación, presentamos dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

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

A veces, cuando está en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento **en una farmacia dentro de la red** a un precio menor que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.

- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia dentro de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener en cuenta los costos que paga de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa del período sin cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Sin embargo, el envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que no pertenece a los beneficios del plan. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que tenga que efectuar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener en cuenta los costos que paga de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Dado que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan ... 184

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) ... 184

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos ... 185

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal ... 185

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos ... 186

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención ... 187

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado ... 189

Sección 1.7 Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados ... 190

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos ... 190

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan ... 191

Sección 2.1 Cuáles son sus responsabilidades ... 191

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

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

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, en caso de que lo necesite. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante Care N' Care. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente para obtener información adicional.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Care N' Care. You can call your Customer Experience Team at 1-877-374-7993. They are available: October 1 - March 31, 8AM – 8PM Central, 7 days a week; April 1 - September 30, 8AM – 8PM Central, Monday through Friday. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Experience Team for additional information.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a su Equipo de experiencia al cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión y pagar el monto de costo compartido dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o resurtidas en cualquier farmacia de nuestra red sin sufrir largas demoras.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le damos su información médica a alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener su autorización por escrito primero.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta

de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros.

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

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido la información médica con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

En su condición de miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos al inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias dentro de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores/farmacias.*
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores/farmacias.*
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en *https://www.cnchealthplan.com/search*.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al usar su cobertura:**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.* Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario),* le informan qué medicamentos están cubiertos, las normas que debe cumplir y las restricciones que se aplican a su cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones:** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le comuniquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están 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":** Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención:** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí 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 lo desea,* 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 para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad de 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 denominados **"testamento en vida"** y **"poder 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:

- **Obtenga el formulario:** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado, 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. También puede comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Complételo y fírmelo:** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas pertinentes:** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si no puede. Es posible que también desee darles copias a amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

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

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

¿Qué sucede si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja:

Texas Department of Aging and Disability Services
Consumer Rights and Services – Complaint Intake Unit
Mail Code E-249
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030
1-800-458-9858

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

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

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

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

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Cuáles son sus responsabilidades

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre Evidencia de cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta, nos debe informar.** Llame a su Equipo de experiencia al cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica u obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a asistirle dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a mantener el funcionamiento correcto del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) *O* un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se informa lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Si se muda *dentro de* nuestra área** de servicio, debemos estar al tanto de ello para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a su equipo de experiencia al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 198
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud ... 198
Sección 1.2 Qué sucede con los términos legales ... 198
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros ... 199
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 199
SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para tratar su problema ... 199
Sección 3.1 Debería o no utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Debería o no utilizar el proceso para presentar quejas ... 199
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES ... 200
SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones ... 200
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general ... 200
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación ... 202
Sección 4.3 Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación ... 203
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 203
Sección 5.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención ... 203
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) ... 205
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) ... 208
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 ... 211
Sección 5.5 Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica ... 213

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 214

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 214

Sección 6.2 Qué es una excepción 216

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 218

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 219

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 222

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 225

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 227

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informarán sus derechos 227

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria 228

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria 231

Sección 7.4 Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1 232

SECCIÓN 8 Cómo solicitarle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 235

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 235

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura 236

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado 237

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado 239

Sección 8.5 Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1 240

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 243

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos 243

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D 245

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 246

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 246

Sección 10.1 Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas..... 246

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal" 248

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja..... 248

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 250

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 250

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Qué sucede con los términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece "presentar una queja" en lugar de "interponer una queja formal", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo", y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de revisión independiente". También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede ser útil y, a veces es bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando esté enfrentando su problema y obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP).** Este programa del gobierno tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para tratar su problema

Sección 3.1 Debería o no utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Debería o no utilizar el proceso para presentar quejas

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ.**

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

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los 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 apelaciones

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

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o

si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En determinadas circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión.

Si se rechaza parcial o completamente su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de Revisión Independiente que no está conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

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

¿Desea obtener ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted:**
  - Para la atención médica o los medicamentos con receta 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, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre:** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, un pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario "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 en *https://www.cnchealthplan.com*). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre:** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su Colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos, si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

Sección 4.3 Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que se siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*aplica solo para estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono de este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo *(Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y apelaciones)*? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar con esta sección.

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

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico y cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos dicho que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió y pagó por la atención médica, cree que el plan debería cubrirlo y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que estaba recibiendo para cierta atención médica previamente aprobada se reducirá o interrumpirá y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
   - NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
     - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
     - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos que se siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
   - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será interrumpida, use esta sección (Sección 5) como guía de lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que usted desea.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2.**
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le reembolsemos por la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se la denomina **"determinación de la organización".**

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida"**.

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

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándares", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para **un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
  - **No obstante,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si notamos que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para la atención médica que *aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares *pudieran perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted pide por su cuenta una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si, a raíz de su salud, es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta, también se le explicará cómo 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. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión "estándar" de cobertura

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un **plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud**. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - Para realizar una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o en 72 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y, tal vez, cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **"reconsideración" del plan.**

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si está solicitando una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
    - Si un tercero que no sea su médico está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de Nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a su Equipo de experiencia al cliente [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto] y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". 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 en *https://www.cnchealthplan.com*). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en

el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica).*
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado pasar, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos 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. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parcial o completamente 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 parcial o completamente lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales por su solicitud de un artículo o un servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si solicita un artículo o un servicio médico o en un **plazo de 7 días calendario** si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parcial o completamente su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (Independent Review Entity).**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación "rápida", recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o un servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si usted solicita un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, 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.
- Sin embargo, si solicita un artículo o un servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda 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 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 solicitudes estándares; o bien, en el plazo de 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización rechaza parcial o completamente su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se

debe aprobar. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

- Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de Ley Administrativa o un mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [qué está cubierto y qué le corresponde pagar]).* También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos).*

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago

directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es como si *aceptáramos* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es como si *rechazáramos* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nosotros le indicamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo *(Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y apelaciones)*? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo acerca de 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 las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, pero se requiere que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Qué es una excepción

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).*** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto:** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para obtener más información, vaya a la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario".**

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Obtener la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
  - *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la parte que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel".**

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos alternativos. Esto reduciría la parte que le corresponde del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del *Nivel 5 (medicamentos especializados*).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otra 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 u otra persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera

tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido inferior no funcionen tan bien para usted o puedan 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. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En esta sección, se indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para más detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.* O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de sustento".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de sustento"). Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándares", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
  - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares *pudieran perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional.*
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita usted mismo una decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le indicará que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que

solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta:

Plazos límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o completamente 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 parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó.**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite 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 recibida su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó,** también estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **"redeterminación".**

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si está solicitando una apelación estándar, realice su apelación enviando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *(Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).

- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
    - Si así lo desea, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida".

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico (u otra 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: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación "rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó.**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si aprobamos una 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 su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó,** también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (Independent Review Entity).**

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parcial o completamente lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión por parte de dicha organización.

Plazos límite para la apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde afirmativamente a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión por parte de dicha organización.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión por parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. 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. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).

- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de Ley Administrativa o un mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital se denomina su **"fecha de alta".**
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, un enfermero) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y pregunte si no lo entiende:** En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluidos los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos:**
   - Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha de 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 atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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 línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **hasta la medianoche del día del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún quiere 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.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitarle a la Organización para la Mejora de la Calidad que realice una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta".** Para obtener un modelo de este aviso, puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede ver un modelo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean necesarios por razones médicas**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, entonces 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 de alta hospitalaria

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta

Estos son los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- 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, el cual es manejado por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar

el hospital y a más tardar la fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicítenos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** significa que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

- Si permaneció en el hospital *después* de la fecha prevista del alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativo* del Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (Independent Review Entity).**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando la

parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, la cual es manejada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección trata *solo* acerca de los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para poder considerar un centro como "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes).*
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes).*

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su

enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito:** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, en el aviso por escrito se indica cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (En la Sección 8.3, a continuación, se le indica cómo puede solicitar una apelación rápida).
El aviso por escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió:**
   - Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de atención que reciben las personas que tienen Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Pídale a esta organización una "apelación acelerada" (que realice una revisión independiente) con respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

El plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que figura en el aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, deberá presentarla directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina **"explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: Los revisores le informarán su decisión en un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.

- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica en el hogar, 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 finaliza su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios de 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 dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, el cual es manejado por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, deberá decidir si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, 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 límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación alternativa del Nivel 1:

Términos legales
A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicítenos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría 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.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativo* del Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (Independent Review Entity).**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea necesaria por razones médicas. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con 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 el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, se 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 apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (llamado Juez de Ley Administrativa) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Ley Administrativa o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de Ley Administrativa o mediador.

  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el juez de Ley Administrativa o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de Ley Administrativa o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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.*** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez (llamado Juez de Ley Administrativa) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Ley Administrativa **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de Ley Administrativa o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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 se acepta su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. 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 se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada.* En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetar su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que nuestro Equipo de experiencia al cliente lo ha tratado? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
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 a nuestro Equipo de experiencia al cliente u otro personal del plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal"

Términos legales

- En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"queja formal".**
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer una queja formal".**
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer una queja formal".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso consiste en llamar al Equipo de experiencia al cliente.** Si necesita hacer algo más, el Equipo de experiencia al cliente se lo indicará. Llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no se siente satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Las quejas formales aceleradas o rápidas se responderán en un plazo de 24 horas si la queja formal está relacionada con la negativa del plan a tomar una determinación organizacional o una reconsideración de la cobertura rápida y aún no ha recibido la atención médica. Atenderemos otras solicitudes de quejas formales dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en responder a su queja. Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente. Asegúrese de que la carta de su queja formal incluya su nombre, el número de identificación de miembro (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro), su dirección, número de teléfono, de qué se trata la queja formal, los hechos relacionados con la queja formal y la resolución que pretende.

- Para realizar quejas sobre la atención médica, envíenos su queja por escrito (también denominada queja formal) dentro de los 60 días del evento o incidente a la siguiente dirección:

  Care N' Care Insurance Company, Inc.
  Attn: Appeals and Grievances
  1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
  Farmers Branch, TX 75234

  O bien:
  Fax: 817-810-5214

- Para quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D: envíenos su queja por escrito (también denominada queja formal) dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente a:

  Care N' Care Insurance Company, Inc.
  Attn: Part D Appeals and Grievances
  1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
  Farmers Branch, TX 75234

  O bien:
  Fax: 817-438-8483

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión 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**.

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina una **"queja formal".**

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** parcial o completamente con su queja, o no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Puede presentar una queja sobre la calidad de atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre *la calidad de atención,* también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de atención que recibió directamente a esta organización *(sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice Plus (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 253
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan ... 253
SECCIÓN 2 Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan ... 253
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual ... 253
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 254
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial ... 255
Sección 2.4 Dónde obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía ... 256
SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan ... 256
Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 256
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 258
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan ... 258
SECCIÓN 5 Care N' Care Choice Plus (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones ... 258
Sección 5.1 Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan ... 258
Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud ... 259
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 259

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Care N' Care Choice Plus (PPO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año o ciertas situaciones para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1. ° de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuál es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1. ° de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Care N' Care Choice Plus (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta

estándar de Medicare). Para más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 Dónde obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el folleto ***Medicare & You 2022*** (Medicare y Usted 2022).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- La solicitud se puede realizar por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo

mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

En la siguiente tabla se 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 Care N' Care Choice Plus (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Choice Plus (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Care N' Care Choice Plus (PPO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Care N' Care Choice Plus (PPO), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias dentro de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia dentro de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Care N' Care Choice Plus (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan

Care N' Care Choice Plus (PPO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Equipo de experiencia al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si 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 de medicamentos con receta.

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma alborotada y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 3 meses calendario.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan, y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a su **Equipo de experiencia al cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Care N' Care Choice Plus (PPO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 262

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 262

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 262

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni 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 de Bajo Costo y 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 ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Equipo de experiencia al cliente 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), Care N' Care Choice Plus (PPO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de salud a domicilio: profesional que brinda servicios para los que no se requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados por el médico). Los asistentes de salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni brindan tratamiento.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de terapia ocupacional y fonoaudiología, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta 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 con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: monto que es posible que deba pagar como la parte que le corresponde del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: monto que deberá pagar como la parte que le corresponde de los costos por los medicamentos con receta y los servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro del mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo de suministro: un cargo cobrado cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido" 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 un miembro "paga de su bolsillo".

Cuidado asistencial: atención personal brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado 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.

Cuidados paliativos: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios necesarios por razones médicas, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará el tratamiento especial para su estado.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage llega a una determinación de la organización cuando decide si los artículos o los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional intestinal y parenteral.

El Equipo de experiencia al cliente: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con su Equipo de experiencia al cliente, consulte el Capítulo 2.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a su nombre para el año, alcance los $4,430.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y divulgación de información: este documento junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada en el que 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 el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido preferido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) le factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO), solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren más que el monto de costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia dentro de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias dentro de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si los obtiene en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospitalización: una hospitalización es cuando lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: 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 del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "Lista de medicamentos"): Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta 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. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y, generalmente, cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no hacerlo. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando la parte que le corresponde del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido). Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: 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 estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Traditional Medicare" o "Fee-for-service" Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de 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 del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y de los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza si no ha recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para recibir Medicare por primera vez. Por ejemplo, si es elegible para recibir Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facility, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (Intermediate Care Facility for the mentally retarded, ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes internados. Para que un plan de necesidades especiales institucional brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de LTC, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en un centro con servicios de apoyo (Assisted Living Facility, ALF) contratado si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido por el miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas pilotos o de demostración y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, Private Fee-for-Service (PFFS) o Medicare Medical Savings Account (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas débiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de cuidado de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. El PCP también puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los médicos de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan y, además, no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja formal: tipo de queja que se presenta sobre nosotros o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que usamos en esta EOC para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte la sección "Ayuda adicional".

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Choice Plus (PPO)

Método	Equipo de experiencia al cliente: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central. El Equipo de experiencia al cliente también ofrece servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	*1-800-252-9240*
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services P. O. Box 149030 Austin, TX 74714-9030
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA): de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recopilación de datos que no exhiba un número de control válido emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido emitido por la OMB para esta recopilación de datos es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.