

Enero 1 – diciembre 31, 2021



Evidencia de Cobertura:

Sus servicios, beneficios de salud y cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare como miembro de PHP (HMO SNP)

Este manual ofrece detalles de su cobertura médica y de medicamentos bajo receta de Medicare desde enero 1 hasta diciembre 31, 2021. Este documento explica cómo conseguir cobertura para los servicios médicos y medicamentos que necesita. **Este es un documento legal importante. Por favor guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, PHP, es ofrecido por AIDS Healthcare Foundation. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "a nosotros", o "nuestro/a/os/as", significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa PHP).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Por favor, póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para Miembros en el teléfono (800) 263-0067 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. El departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idioma para quienes no hablan inglés.

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at (800) 263-0067 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Esta información está disponible en otros formatos como letra de molde grande y casetes de audio.

Los beneficios, primas, deducible y/o copagos/coseguro podrían cambiar en enero 1, 2021.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 263-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-263-0067 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-263-0067 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).

Evidencia de Cobertura 2021

Tabla de contenidos

Esta lista de números de capítulos y páginas es su punto de partida. Si necesita más ayuda para buscar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo.

Hallará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1: Comenzando como miembro 1

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Informa acerca de los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de membresía del plan, y de mantener al día su archivo de membresía del plan.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....24

Le informa cómo contactarse con nuestro plan (PHP) y con otras organizaciones que incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo receta y la Junta directiva de jubilados ferroviarios.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos45

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)64

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

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo receta de la Parte D 118

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene medicamentos de la Parte D. Dice cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Dice qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a su cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa acerca de los programas del plan para seguridad de los medicamentos y manejo de medicaciones.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D..145

Informa acerca de las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa de brecha de cobertura, etapa de cobertura catastrófica*) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y dice lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....166

Explica cuándo y cómo usted nos envía una factura cuando desea pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....175

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Dice lo que usted puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)189

Le informa paso a paso lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo pedir decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos bajo receta que usted piensa que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos bajo receta, y pedirnos que mantengamos la cobertura de atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan.....262

Explica en qué momento y cuando usted puede darse de baja del plan. Explica situaciones en las que a nuestro plan se le exige darlo de baja.

Capítulo 11: Notificaciones legales274

Incluye notificaciones acerca de la ley aplicable y no discriminación.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes.....278

Explica los términos clave usados en este manual.

CAPÍTULO 1

Comenzando como miembro

Capítulo 1: Comenzando como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	4
Sección 1.1	Actualmente usted está inscrito en PHP, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)	4
Sección 1.2	¿De qué se trata el manual <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	4
Sección 1.3	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	5
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	5
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para PHP.....	6
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de EE.UU.....	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales usted obtendrá de nosotros?	7
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan – Use esta tarjeta para obtener cobertura de su atención médica y medicamentos bajo receta.....	7
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : Su guía para informarse de todos los proveedores en la red del plan.....	8
Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red	9
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos (Formulario)</i> del plan	10
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de Parte D</i> (la “EOB” de Parte D): Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos bajo receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 4	Su prima mensual para PHP.....	11
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?	11
SECCIÓN 5	¿Tiene usted que pagar “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?.....	12
Sección 5.1	¿Qué es la “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?.....	12
Sección 5.2	¿Cuánto es la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?.....	12
Sección 5.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar penalidad	13

Capítulo 1: Comenzando como miembro

Sección 5.4	¿Qué puede usted hacer si discrepa con su penalidad por inscripción tardía de la Parte D?	15
SECCIÓN 6	¿Debe usted pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?	15
Sección 6.2	¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si discrepa con el pago de un monto adicional de la Parte D?	16
Sección 6.4	¿Qué pasa si usted no paga el monto adicional de la Parte D?.....	16
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	16
Sección 7.1	Si usted paga una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede pagar su penalidad.....	17
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	19
SECCIÓN 8	Por favor mantenga actualizado su archivo de membresía del plan ..	20
Sección 8.1	Cómo puede ayudar a garantizar que tengamos información precisa acerca de usted	20
SECCIÓN 9	Nosotros protegemos la privacidad de su información médica personal	21
Sección 9.1	Nos aseguramos que su información médica esté protegida	21
SECCIÓN 10	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	22
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Actualmente usted está inscrito en PHP, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)

Usted está cubierto por Medicare, y ha escogido tener cobertura de atención médica y de medicamentos bajo receta de Medicare a través de nuestro plan, PHP.

PHP es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. PHP está diseñado para proveer beneficios médicos adicionales que ayuden específicamente a personas con VIH/SIDA.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento del VIH/SIDA. También incluye programas médicos diseñados para servir las necesidades especiales de personas con esta condición. Además, nuestro plan cubre medicamentos bajo receta para tratar la mayoría de las condiciones médicas, incluyendo los medicamentos que generalmente se usan para tratar el VIH/SIDA. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente adaptados a su condición y tiene toda la atención coordinada a través de nuestro plan.

Como todos los planes médicos de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cobertura bajo este plan califica como un plan de salud autorizado (QHC) y cumple con la Protección del Paciente y el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Por favor visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual <i>Evidencia de Cobertura</i>?

Este manual *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener atención médica y medicamentos bajo receta de Medicare a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, y lo que usted paga como miembro del plan.

Capítulo 1: Comenzando como miembro

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención médica, servicios y medicamentos bajo receta disponibles para usted como miembro de PHP.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Lo estimulamos a dedicar algo de su tiempo para leer este manual de *Evidencia de Cobertura*.

Si se siente desorientado, tiene inquietudes o simplemente tiene una pregunta, por favor comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están en la contratapa de este manual).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Esto es parte de nuestro contrato con usted

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted, de cómo PHP cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y cualquier notificación que reciba de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estas notificaciones a menudo se denominan "anexos" o "enmiendas".

El contrato es efectivo durante los meses en los que usted esté inscrito en PHP entre enero 1, 2021 y diciembre 31, 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de PHP después de diciembre 31, 2021. Además, podemos elegir no ofrecer el plan u ofrecerlo en un área diferente, después de diciembre 31, 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid) debe aprobar a PHP cada año. Usted puede continuar recibiendo cobertura Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros sigamos ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con estas condiciones:

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- Usted tiene derecho a Medicare Parte A y Medicare Parte B (la sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- – y – Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 más abajo describe nuestra área de servicio).
- – y – Usted es un ciudadano de Estados Unidos o reside legalmente en Estados Unidos.
- – y – usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen abajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de personas con ciertas condiciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener VIH/SIDA.

Sección.

- Por favor note: Si pierde su elegibilidad, pero espera razonablemente recuperar elegibilidad dentro de un mes, entonces usted es todavía elegible para ser miembro de nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre cobertura y costo compartido durante un periodo de elegibilidad continuada considerada).

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

Cuando usted primeramente se inscribió en Medicare, recibió información de qué servicios están cubiertos bajo la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare por lo general ayuda a cubrir servicios provistos por hospitales (para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de un profesional médico, terapia de infusión domiciliaria y otros servicios ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para PHP

Aunque Medicare es un programa federal, PHP está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, usted debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: Los Angeles.

Ofrecemos cobertura en varios estados. Pero puede haber diferencias de costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado y a un estado que aún está dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado o territorio fuera de nuestra área de servicio, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Por favor, llame a Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado.

Si usted planifica mudarse fuera del área de servicio, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Cuando usted se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare, disponible en su nueva ubicación.

Es también importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de EE.UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o un residente legal de EE.UU. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a PHP si usted no es elegible para permanecer como miembro con base en esto. PHP debe darle de baja si no cumple con estos requisitos.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales usted obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – Use esta tarjeta para obtener cobertura de su atención médica y medicamentos bajo receta

Mientras usted es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos bajo receta que obtenga en las farmacias de la red. Además, debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. Este es un ejemplo de la tarjeta de membresía, para que vea cómo será su tarjeta:

Capítulo 1: Comenzando como miembro

RxBIN	015574		
RxPCN	ASPROD1		
RxGrp	AHF01		
Issuer (80840)	9151014609		
ID/RxID	AHF999999	Issue Date	01/01/14
Name	IMA MEMBER		
Your PCP	JEFFREY SMITH, MD		
Phone	(213) 555-1111		
This is your medical and prescription drug benefit card.			

Frente

Important Member Numbers Member Services: (800) 263-0067 Pharmacy Customer Service: (888) 436-5018 Nurse Advice Line: (800) 797-1717 Case Manager: (800) 474-1434 TTY for the Above: 711 Web: www.php-ca.org	Important Provider Numbers Provider Services/Benefits: (888) 726-5411 Eligibility: (800) 263-0067 Authorizations: (800) 474-1434 Pharmacy Technical Help: (888) 554-1334 Claims: (888) 662-0626 Submit Medical and Pharmacy Claims to: Attn: Claims PHP P.O. Box 7490 La Verne, CA 91750
This card does not guarantee coverage. Check eligibility by calling (800) 263-0067.	

Dorso

NO use su nueva tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras usted sea un miembro de este plan. Si usted usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de PHP, podría tener que pagar el costo total de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Puede que se le pida mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación de rutina.

Por qué esto es importante: Si usted recibe servicios cubiertos usando su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de PHP mientras es miembro de nuestro plan, podría tener que pagar el costo total de su bolsillo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, usted la pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía para informarse de todos los proveedores en la red del plan

El *Directorio de Proveedores* lista los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como la totalidad del pago. Hemos coordinado para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web en www.php-fl.org/provider-find.

¿Por qué necesita usted saber qué proveedores son parte de la red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (por lo general cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que PHP autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica de la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede pedir una copia a Servicios para Miembros, (los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual). Usted podría solicitar a Servicios para Miembros más información de nuestra red de proveedores, incluyendo las calificaciones. Usted también puede ver el *Directorio de Proveedores* en www.php-ca.org/provider-find, o bajarlo de este sitio Web. Servicios para Miembros y el sitio Web pueden darle la información más actualizada de los cambios en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: su guía para las farmacias de nuestra red

¿Qué son “farmacias de la red”?

Farmacias de la red son todas las farmacias que tienen un contrato para surtir recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Usted puede usar el *Directorio de Farmacias* para buscar una farmacia de la red que desea usar. Un *Directorio de Farmacias* actualizado está disponible en nuestro sitio web www.php-ca.org/provider-find. Usted también puede llamar a Servicios Para Miembros para la información actualizada o solicite que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*. **Por favor consulte nuestro Directorio de Farmacias para 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si usted no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede pedir una copia en Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este manual). En cualquier momento, usted puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de cambios en la red de farmacias. También puede buscar esta información en www.php-ca.org/for-members/drug-benefit. El acceso al portal para miembros del beneficio de farmacia del plan también está disponible en este sitio web. Usted puede buscar farmacias de la red usando una aplicación de localizador de farmacia a través del portal para miembros.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Le decimos "Lista de medicamentos" para abreviar. Esta lista dice qué medicamentos bajo receta de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en PHP. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos de Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de PHP.

La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para tener información más completa y vigente de qué medicamentos están cubiertos, usted puede visitar el sitio Web del plan (www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este manual).

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de Parte D (la "EOB" de Parte D): Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos bajo receta de la Parte D

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos bajo receta de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y dar seguimiento a los pagos de sus medicamentos bajo receta de la Parte D. Este informe con el resumen se llama *Explicación de Beneficios de Parte D* (o la "EOB de Parte D").

La *Explicación de Beneficios de Parte D* le dice el monto total que usted u otros en su nombre han gastado en sus medicamentos bajo receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos bajo receta de la Parte D

durante el mes. La EOB de Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que podrían estar disponibles. Usted debería consultar a su recetador sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*) da más información acerca de la *Explicación de Beneficios de Parte D* y cómo este documento puede ayudarlo a mantener registros y estar al tanto de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de Parte D* también está disponible a pedido. Para obtener una copia, por favor comuníquese con Servicios para Miembros, (los teléfonos están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para PHP

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Usted no paga por separado mensualmente una prima del plan de PHP. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B se la pague Medicaid u otro tercero).

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más que el monto que figura en lista de arriba en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen abajo:

- Algunos miembros deben pagar una **penalidad por inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez, o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura “acreditable” de medicamentos bajo receta. (“Acreditable significa cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare). Para estos miembros, la penalidad por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de su penalidad por inscripción tardía.
 - Si se le exige que pague la penalidad por inscripción tardía a la Parte D, el costo de su penalidad de inscripción tardía depende de cuánto tiempo usted estuvo sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos bajo receta. El Capítulo 6, Sección 10 explica la penalidad por inscripción tardía.

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- Si usted tiene una penalidad por inscripción tardía y no la paga, usted podría ser dado de baja del plan.
- Se les podría pedir a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés, porque, dos años atrás, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, sobre un cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, el cual será sumado a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica el IRMAA en más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos bajo receta, usted no pagará una penalidad por inscripción tardía.

La penalidad por inscripción tardía es una cantidad que se suma a su prima de la Parte D. Puede haber una penalidad por inscripción tardía si en cualquier momento después que su período de inscripción inicial termina, hay un período continuo de 63 días contiguos o más en que no tenía la Parte D u otra cobertura de sus medicamentos bajo receta acreditable. “Cobertura acreditable de medicamentos bajo receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, porque se espera que cubra, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare. El costo de su penalidad de inscripción tardía depende de cuánto tiempo usted estuvo sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos bajo receta. Usted deberá pagar esta penalidad mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe por primera vez en PHP, nosotros le informamos el monto de la penalidad. Su penalidad por inscripción tardía se considera su prima del plan.

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

Medicare determina el monto de la penalidad. Funciona de esta manera:

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- Primero cuente el número de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos en que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos bajo receta, si la carencia de cobertura duró 63 días o más. La penalidad es el 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Para nuestro ejemplo, si usted no tiene cobertura por 14 meses, la penalidad será 14%.
- Entonces Medicare determina el monto promedio de la prima mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país, a partir del año anterior. Para 2021, el monto de esta prima promedio es \$33.06.
- Para calcular cuánto es su penalidad mensual, usted multiplica el porcentaje de penalidad y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo sería el 14% multiplicado por \$33.06, que da \$4.63. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se sumaría **a la prima mensual de alguien con una penalidad por inscripción tardía a la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta acerca de esta penalidad en la prima mensual:

- Primero, **la penalidad podría cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según determine Medicare) aumenta, su penalidad aumentará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una penalidad** cada mes mientras siga inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aún si cambia de plan.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años de edad y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalidad por inscripción tardía se fijará de nuevo cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, su penalidad por inscripción tardía a la Parte D estará basada solo en los meses que usted no tiene cobertura después del período de inscripción inicial por envejecer dentro de Medicare.

Sección 5.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar penalidad
--------------------	---

Incluso si usted ha demorado su inscripción en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando adquirió derechos por primera vez, a veces usted no tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía.

Usted no deberá pagar una prima con penalidad por inscripción tardía si está en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos bajo receta que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare. Medicare llama a esto “**cobertura acreditable de medicamentos**”. Por favor tenga en cuenta:
 - Cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, de TRICARE, o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información podría enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Conserve esta información, porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - Por favor tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura médica termina, puede que no signifique que su cobertura de medicamentos bajo receta era acreditable. El aviso debe especificar que usted tuvo cobertura de medicamentos bajo receta “acreditable”, que se esperaba que pagara tanto como el plan estándar de medicamentos bajo receta de Medicare paga.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos bajo receta: tarjetas de descuento para medicamentos bajo receta, clínicas gratuitas, y sitios Web con descuentos en medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre cobertura acreditable, por favor busque en su manual *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tuvo cobertura acreditable, pero estuvo sin esta cobertura durante menos de 63 días seguidos.
- Usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede usted hacer si discrepa con su penalidad por inscripción tardía de la Parte D?

Si usted discrepa con su penalidad por inscripción tardía, usted o su representante pueden pedirnos que revisemos la decisión de su penalidad por inscripción tardía. Generalmente, usted debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** después de la fecha en la primera carta que recibe y dice que debe pagar una penalidad por inscripción tardía. Si usted estaba pagando una penalidad antes de unirse al plan, usted podría no tener otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalidad por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para averiguar más de cómo hacer esto. (Los números de teléfonos están impresos en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 6 ¿Debe usted pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado según se reportó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años es sobre un cierto monto, usted pagará el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta diciéndole cuál será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios u Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo usted paga generalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea lo suficiente para cubrir el monto adicional que adeuda. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como aparece en su declaración de impuestos del IRS, supera cierta cantidad, usted pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para más información sobre el monto adicional que usted

podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 Qué puede hacer si discrepa con el pago de un monto adicional de la Parte D?

Si discrepa con el pago de un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para informarse de cómo hacerlo, contacte al Seguro Social en el teléfono 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué pasa si usted no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional para la cobertura de Medicare Parte D se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare). Si usted debe pagar según la ley el monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos bajo receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros tienen la exigencia de pagar otras primas de Medicare

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado según se reportó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada a los Ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima.

- **Si usted debe pagar la suma adicional y no la paga, usted será dado de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos.**

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta diciéndole cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información de las primas de la Parte D con base en sus ingresos, vea el Capítulo 1, Sección 6 de este manual. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar a 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 también puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* da información de las primas de Medicare en la sección llamada "Los Costos de Medicare 2021". Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D varían para personas con ingresos diferentes. Toda persona con Medicare recibe una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben la copia en el plazo de un mes después de inscribirse. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* del sitio Web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Sección 7.1	Si usted paga una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede pagar su penalidad
--------------------	---

Si usted paga una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, hay tres maneras en que puede pagar la penalidad. Usted puede elegir cómo quiere pagar su penalidad por inscripción tardía a la Parte D o cambiar la forma de pago de su penalidad llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Si no elige cómo pagar su penalidad por inscripción tardía a la Parte D, le enviaremos una factura mensual por el monto que usted adeuda.

Si decide cambiar la forma de pago de su penalidad por inscripción tardía de la Parte D, puede tomar hasta tres meses efectivizar su nueva forma de pago. Mientras estamos procesando su solicitud de nueva forma de pago, usted es responsable de garantizar que su penalidad por inscripción tardía de la Parte D se pague en fecha.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Le enviaremos una combinación de factura y estado de cuenta mensualmente por el monto que adeuda. Usted puede pagar su factura con cheque o giro postal. Haga su cheque o giro postal pagadero a PHP. Recuerde escribir su número de ID en el cheque o giro postal y regresar el talón de pago con su pago.

Envíe su pago en el sobre provisto con su factura, o por correo a:

Attn: Member Services
PHP
P.O. Box 46160
Los Angeles, CA 90046

Opción 2: Usted puede pagar con tarjeta de crédito

Le enviaremos una combinación de factura y estado de cuenta mensualmente por el monto que adeuda. Puede pagar su factura con tarjeta de crédito. Para pagar su factura con tarjeta de crédito, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este manual) y darnos la información de su tarjeta de crédito, o marcar "pay by credit card" (pagar con tarjeta de crédito) en su talón de pago y darnos la información de su tarjeta de crédito. Envíenos su talón de pago en el sobre provisto con su factura o envíenoslo por correo a:

Attn: Member Services
PHP
P.O. Box 46160
Los Angeles, CA 90046

Si lo prefiere, usted puede pedirnos que le cobremos automáticamente a su tarjeta de crédito cada mes el monto que adeuda. Si elige esta opción, igual le enviaremos una combinación de factura y estado de cuenta para sus registros. Si quiere que cobremos su penalidad automáticamente a su tarjeta de crédito cada mes, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual) y solicite autopago de su penalidad. Nosotros le cobraremos a su tarjeta de crédito más o menos el día 10 de cada mes.

Opción 3: Su penalidad por inscripción tardía de la Parte D se puede descontar de su cheque mensual del Seguro Social

Su penalidad por inscripción tardía de la Parte D se puede descontar de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte al departamento de Servicios para Miembros para tener más información de cómo pagar su penalidad de esta manera. Con gusto lo

ayudaremos a coordinar esto. (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Su penalidad por inscripción tardía vence y es pagadera en nuestra oficina alrededor del 15 de cada mes. Si tiene problemas para pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D en fecha, por favor contacte a Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a algún programa que lo ayude con su penalidad. (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

<h3>Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?</h3>

No. No tenemos autorización para comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio será efectivo en enero 1.

Sin embargo, en algunos casos, podría ser necesario que comience a pagar o que deje de pagar una penalidad por inscripción tardía. (La penalidad por inscripción tardía podría aplicar si usted tuvo un período continuo de 63 días o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos bajo receta). Esto podría ocurrir si usted pasa a ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la penalidad por inscripción tardía de la Parte D y pasa a ser elegible para "Ayuda Adicional" durante el año, usted dejaría de pagar su penalidad.
- Si pierde la "Ayuda Adicional", usted podría estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía si usted no tiene por 63 días continuos o más la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos bajo receta.

Puede buscar más información sobre el programa de "Ayuda Adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Por favor mantenga actualizado su archivo de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudar a garantizar que tengamos información precisa acerca de usted

Su archivo de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, que incluye su proveedor de atención primaria (PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red usan su archivo de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo compartido para usted.** Por ello, es muy importante que usted nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico que usted tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, por ejemplo, reclamos por un accidente de automóvil
- Si es admitido en un hogar de ancianos
- Si usted recibió atención médica fuera del área o en un hospital o sala de emergencia fuera de la red
- Si alguien designado como responsable (por ejemplo, un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquier parte de esta información cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Usted también puede enviar por email los cambios. Envíe un email a PHP@positivehealthcare.org o a través de nuestro sitio web www.php-fl.org.

Es también importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Podríamos llamarlo o enviarle una carta para preguntarle acerca de cualquier otra cobertura de seguro que usted tenga

Medicare exige que le pidamos información de la cobertura de cualquier otro seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque nosotros coordinamos cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios que le corresponden a través de nuestro plan. (Para obtener más información de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 10 en este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que lista cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Por favor lea esta información detenidamente. Si es la información correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura no listada, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 9 Nosotros protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal, como lo estipulan estas leyes.

Para obtener más información de cómo protegemos su información médica personal, por favor vea el Capítulo 8, Sección 1.3 de este manual.

SECCIÓN 10 **Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica grupal de un empleador), hay reglas estipuladas por Medicare que deciden quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama el “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo, llamado “pagador secundario”, solo paga si hay costos que quedaron sin cubrir por la cobertura primaria. El pagador secundario tal vez no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas aplican para la cobertura de plan médico grupal de un sindicato o de un empleador:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal se basa en su empleo actual o el empleo actual de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas que emplea su empleador, y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad, o insuficiencia renal terminal (ESRD):
 - Si usted tiene menos de 65 años de edad y está discapacitado, y usted o el miembro de su familia aún están trabajando, su plan grupal paga primero si el empleador tiene por lo menos 100 empleados, o por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún están trabajando, su plan grupal paga primero si el empleador tiene por lo menos 20 empleados, o por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a enfermedad ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después que usted pasa a ser elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura por lo general pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- Beneficios por pulmón negro
- Compensación de los trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas de quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Usted podría necesitar dar el número ID de miembro del plan a otras aseguradoras (cuando haya confirmado la identidad de estas) 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 PHP (cómo contactarnos, incluyendo cómo acceder a Servicios para Miembros en el plan)	26
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	35
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) .	37
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pago por Medicare para controlar la calidad de la atención para personas con Medicare).....	37
SECCIÓN 5	Seguro Social	38
SECCIÓN 6	Medicaid (programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	39
SECCIÓN 7	Información de programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta	40
SECCIÓN 8	Cómo contactar a la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios	43
SECCIÓN 9	¿Tiene usted “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	44

SECCIÓN 1 Contactos de PHP (cómo contactarnos, incluyendo cómo acceder a Servicios para Miembros en el plan)

Cómo contactar a Servicios para Miembros de nuestro plan

Para asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta para miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros de PHP. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAME	<p>(800) 263-0067</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.</p> <p>Por ayuda relacionada a la farmacia: (888) 436-5018</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Por asesoramiento de enfermería para atención urgente después del horario de oficina, fines de semana y feriados cuando la oficina de su proveedor de atención primaria (PCP) está cerrada: (800) 797-1717</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El asesoramiento de enfermería después del horario está disponible después de las 5:30 p.m., de lunes a viernes, y todo el día los fines de semana y días festivos.</p> <p>El departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idioma para quienes no hablan inglés.</p>

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura por su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información acerca de pedidos de decisiones de cobertura de atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Usted puede llamarnos si tiene preguntas acerca de nuestros procesos de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica - Información de contacto
LLAME	(800) 263-0067 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB	www.php-ca.org/or-members/using-plan/coverage-decision

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica

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

Método	Apelaciones de atención médica - Información de contacto
LLAME	(800) 263-0067 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members/using-plan/appeal

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Cómo contactarnos cuando usted presenta una queja por su atención médica

Usted puede presentar una queja de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre la cobertura del plan o pagos, usted debería mirar la sección de arriba sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información de cómo presentar una queja por su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas por su atención médica - Información de contacto
LLAME	(800) 263-0067 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre PHP directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura por sus medicamentos bajo receta de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME	(888) 436-5018 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/coverage-decision

Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por sus medicamentos bajo receta de Parte D

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

Método	Apelaciones por sus medicamentos bajo receta de Parte D- Información de contacto
LLAME	(888) 436-5018 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/appeal

Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre sus medicamentos bajo receta de la Parte D

Usted puede presentar una queja de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es acerca de la cobertura del plan o del pago, usted debería mirar la sección de arriba que informa cómo presentar una apelación). Para obtener más información de cómo presentar una queja por sus medicamentos bajo receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre medicamentos bajo receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME	(888) 436-5018 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre PHP directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Dónde enviarnos su solicitud de pago de nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información acerca de situaciones en las que podría necesitar pedirnos un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Por favor tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
LLAME	(800) 263-0067 Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta septiembre 30, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org

SITIO WEB	<i>Solicitudes de pago por atención médica:</i> www.php-ca.org/for-members/using-plan/reimburse <i>Solicitudes de pago por medicamentos:</i> www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/reimburse
------------------	---

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (a veces llamada por su sigla en inglés "CMS"). Esta agencia contrata con organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos.

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipamiento telefónico especial y solo es para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio Web oficial del gobierno para Medicare. Le da información actualizada de Medicare y de temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente de su computadora. Usted puede también buscar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio Web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta para saber la elegibilidad de Medicare: Provee información de la situación de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada acerca de los planes disponibles de Medicare, de medicamentos bajo receta, y planes médicos, y de las políticas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una estimación de lo que podrían ser los costos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>Usted también puede usar el sitio Web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de PHP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare de su queja: Usted puede presentar una queja sobre PHP directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usaremos esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores puede ayudarlo a visitar este sitio Web usando sus computadoras. O también puede llamar a Medicare, y decirles qué información busca. Ellos hallarán la información en el sitio Web, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>
------------------	---

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores entrenados en cada estado. En California, el programa SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP).

El programa HICAP es un plan independiente (no está conectado con ninguna compañía aseguradora ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos, local y gratuitamente, a personas con Medicare.

Los asesores del programa HICAP pueden ayudarlo con preguntas o problemas vinculados a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del programa HICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones con los planes de Medicare y pueden responder preguntas sobre cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (California SHIP) - Información de contacto
LLAME	(800) 434-0222
TTY	711
ESCRIBA	California Department of Aging Health Insurance Counseling and Advocacy Program 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1991
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/HICAP

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pago por Medicare para controlar la calidad de la atención para personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a beneficiarios de Medicare en cada estado. Para California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son pagos por el gobierno federal. Esta organización es paga por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Usted debería contactar a Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de atención que ha recibido.
- Si piensa que la cobertura de su estadía hospitalaria termina demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada, o los servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California) - Información de contacto
LLAME	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad para oír o hablar.
ESCRIBA	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 Email: Communications@Livanta.com
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en/states/california

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años de edad, o que tienen una discapacidad, o insuficiencia renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Medicare. Para solicitar inscripción en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o ir a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen ingresos más altos. Si usted recibió una carta del Seguro Social informándole que debe pagar una suma adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un evento de cambio de vida, usted puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que contacte al Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios de teléfono automático del Seguro Social para tener información grabada y coordinar algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipamiento telefónico especial y solo es para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid (conocido como Medi-Cal en California) es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medi-Cal.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Además, hay programas ofrecidos a través de Medi-Cal que ayudan a personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año.

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios de Medicaid completos (QMB+)).
- **Beneficiario de Bajos Ingresos Especificado de Medicare (SLMB)** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios de Medicaid completos (SLMB+)).
- **Persona que Califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Discapacitados calificados que trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para averiguar más acerca de Medi-Cal y sus programas, contacte al Departamento del Condado Los Angeles de Servicios Sociales Públicos (DPSS).

Método	Departamento del Condado de Los Angeles de Servicios Sociales Públicos (DPSS) (Programa Medi-Cal de California) - Información de contacto
LLAME	(866) 613-3777
ESCRIBA	Medi-Cal Mail-In Application Center P.O. Box 77267 Los Angeles, CA 90007-9819
SITIO WEB	www.yourbenefits.laclrs.org/ybn/Index.html

SECCIÓN 7 Información de programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece el programa de “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos bajo receta a personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, puede recibir ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

los copagos de las recetas. Esta "Ayuda Adicional" también cuenta hacia los costos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados podrían calificar para el programa de "Ayuda Adicional". Algunas personas califican automáticamente para "Ayuda Adicional" y no necesitan presentar solicitud. Medicare envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para "Ayuda Adicional".

Usted podría obtener "Ayuda Adicional" para pagar sus primas y costos de medicamentos bajo receta. Para saber si califica para recibir "Ayuda Adicional", llame a:

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

Si usted cree que calificó para "Ayuda Adicional" y piensa que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos cuando surte su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia en la obtención de evidencia de su nivel adecuado de copago, o, si usted ya tiene evidencia, suministrarlos esta evidencia.

- Contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual) y díganos si piensa que se le está cobrando un monto incorrecto de costos compartidos por su receta. Lo ayudaremos a obtener evidencia de su nivel correcto de copago. Si tiene evidencia que muestra que debería recibir "Ayuda Adicional" o debería tener un nivel diferente de "Ayuda Adicional", le podríamos pedir que nos envíe esa evidencia.
- Cuando recibimos evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el monto correcto de copago cuando surta su próxima receta de la farmacia. Si usted paga de más en su copago, nosotros se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto que usted pagó de más o compensaremos sus copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado todavía su copago y este se transformó en una deuda suya, nosotros podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Para cualquier pregunta, por favor contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare provee descuentos con fabricantes en medicamentos de marca comercial, a miembros de la Parte D que han llegado a la brecha de cobertura y no reciben "Ayuda Adicional". Para medicamentos de marca comercial, el descuento del 70% provisto por fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación para los costos en la brecha. Miembros pagarán 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca comercial.

Si usted llega a la etapa de brecha de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta, y la Explicación de Beneficios de Parte D (EOB de Parte D) mostrará cualquier descuento provisto. Tanto el monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante contarán para los costos de su bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y así tiene efecto en su pasaje a través de la etapa de brecha de cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta contra costos de su bolsillo.

Usted también recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Si llega a la brecha de cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pago por el plan (75%) no cuenta para los costos de su bolsillo. Solamente el monto que usted paga cuenta y tiene efecto para que usted transite la brecha de cobertura. Asimismo, la tarifa de farmacia está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene cualquier pregunta en general sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o sobre el Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare, por favor contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos de SIDA (ADAP)? ¿Qué es un Programa de Asistencia con Medicamentos de SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos de VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costo compartido de recetas a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina de SIDA. Nota: Para ser elegible para ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir con cierto criterio, incluyendo comprobante de residencia estatal y condición VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de persona sin seguro o poco seguro.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Si está actualmente inscrito en ADAP, puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos de Medicare Parte D para medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, por favor notifique a su trabajador de inscripciones de su ADAP local de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de Medicare Parte D. Por favor llame al centro de llamadas de ADAP al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para más información sobre el criterio de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al centro de llamadas de ADAP al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Qué pasa si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos de medicamentos bajo receta? ¿Puede recibir descuentos?

No. Si usted reciba “Ayuda Adicional”, ya recibe cobertura de sus costos de medicamentos bajo receta durante la brecha de cobertura.

¿Qué pasa si usted no recibe un descuento y piensa que debería recibirlo?

Si usted piensa que llegó a la brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca comercial, usted debería revisar su notificación de *Explicación de Beneficios de Parte D* (Parte D EOB). Si su descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de Parte D*, nos debería contactar para asegurarse que sus archivos de medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que se le debe un descuento, puede apelar. Usted puede recibir ayuda para completar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) (números de teléfonos están en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios

La Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para trabajadores ferroviarios de este país y sus familias. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, es importante informarles si se muda o su dirección postal cambia.

Método	Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios - Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime "0", usted puede hablar con un representante de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si oprime "1", usted puede acceder a la Línea directa automatizada de RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluso fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipamiento telefónico especial y solo es para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios de su empleador (o del empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados, como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/ sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar acerca de los beneficios de salud de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o los beneficios de salud para jubilados, primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Usted también podría llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos bajo receta a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados, por favor contacte al **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos bajo receta con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

***Usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos***

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber acerca de su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan.....	47
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	47
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan ...	48
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica	49
Sección 2.1	Usted debe seleccionar un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que le proporcione y supervise su atención médica.....	49
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?	50
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y proveedores de otras redes	51
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	52
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de servicios o durante un desastre.....	53
Sección 3.1	Obtener atención si tiene una emergencia médica.....	53
Sección 3.2	Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios.....	54
Sección 3.3	Recibir atención durante un desastre	56
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?	56
Section 4.1	Sección 4.1 Usted puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	56
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total.....	57
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	57
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	57
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	58

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de fines no médicos”	60
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de fines no médicos?	60
Sección 6.2 Atención recibida de una institución religiosa de fines no médicos.....	60
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	61
Sección 7.1 ¿Será usted dueño de su equipo médico duradero después de hacer un determinado número de pagos bajo nuestro plan?	61
SECCIÓN 8 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	62
Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene usted derecho?	62
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	62
Sección 8.3 ¿Qué ocurre si deja su plan y vuelve a Medicare Original?	63

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber acerca de su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica qué necesita saber acerca del uso del plan para tener su atención médica cubierta. Le da definiciones de términos y explica las reglas que necesitará seguir para obtener tratamientos y servicios médicos, y otra atención médica cubierta por el plan.

Para ver los detalles de qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto usted paga cuando recibe esta atención, use el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo usted obtiene la atención y servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud a quienes el estado otorga licencia para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **Proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y sus costos compartidos como la totalidad del pago. Hemos coordinado para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo por los servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica están listados en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan
--------------------	--

Como plan médico de Medicare, PHP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de Medicare Original.

PHP por lo general cubre su atención médica siempre que:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le da atención y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información de esto, vea la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de las instituciones, su PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado antes que usted pueda usar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle a usted una “derivación” o derivarlo a otro profesional o centro. Para obtener más información de esto, vea la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se exigen derivaciones de su PCP para atención de emergencia o necesidad urgente de servicios. También hay algunos otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información de esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo).

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información de esto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o necesidad urgente de servicios que usted obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información de esto, y para ver qué significan atención de emergencia o necesidad urgente de servicios, vea la Sección 3 de este capítulo.
 - Si usted necesita atención médica que Medicare nos exige cubrir y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esa atención, usted puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red. Debe recibir autorización del plan antes de buscar esta atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información de cómo gestionar la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1	Usted debe seleccionar un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que le proporcione y supervise su atención médica
--------------------	---

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) de la red. Su PCP es un médico entrenado para darle atención médica de VIH básica y especializada. Todos los PCP de la red de PHP son especialistas en VIH.

Usted visitará primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.

Además de brindar la mayoría de su atención, su PCP ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye darle derivaciones para radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingreso a hospitales y atención de seguimiento. La "coordinación" de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención. Si usted necesita ciertos tipos de servicios cubiertos o insumos, su PCP debe dar su aprobación por adelantado (por ejemplo, darle una derivación para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP también necesitará obtener autorización previa (aprobación previa) del plan para ciertos servicios. Puesto que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debe pedir que toda su historia clínica anterior sea enviada al consultorio de su PCP.

¿Cómo escoge usted a su PCP?

Usted podría seleccionar un PCP usando el *Directorio de Proveedores* del plan. Usted puede ver el directorio más actual en nuestro sitio web en www.php-ca.org/provider-find. También podría contactar a Servicios para Miembros para pedir ayuda en la selección de un PCP (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Usted seleccionará a su PCP cuando se inscribe en PHP.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP quiera dejar la red de proveedores de nuestro plan y usted tendría que buscar un nuevo PCP. Si tiene preguntas de cómo cambiar o si quiere cambiar su PCP, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Cualquier cambio de PCP que usted haga será efectivo inmediatamente después de recibir su solicitud.

<h2>Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?</h2>
--

Usted puede obtener los servicios de la lista que sigue sin tener aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (rayos-X de los senos), Papanicolaou y tactos vaginales, siempre que los servicios los brinde un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre que los servicios los brinde un proveedor de la red.

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Necesidad urgente de servicios de proveedores de la red, o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están temporalmente disponibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, por favor llame a Servicios para Miembros antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudar a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera). (Los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y proveedores de otras redes

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

- Oncólogos, atienden pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, atienden pacientes con enfermedades del corazón.
- Traumatólogos, atienden pacientes con determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP cree que usted necesita tratamiento especializado, le dará una derivación para ver a un especialista del plan. En algunos tipos de derivaciones para especialistas del plan, su PCP podría necesitar aprobación por adelantado o "autorización previa" del plan. Vea el Capítulo 4, Sección 2.1 para información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Usted debe ser derivado por su PCP antes de ver a un especialista del plan. Hay unas pocas excepciones, incluyendo atención médica de rutina para mujeres que explicamos en la Sección 2.2 de este capítulo. Si usted no tiene una derivación antes de recibir los servicios de un especialista, puede que deba pagar estos servicios de su bolsillo. Si su especialista desea que usted regrese para recibir más atención, asegúrese primero que la derivación que usted recibió de su PCP cubre más de una visita al especialista.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Nosotros podríamos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan pero si su doctor o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- A pesar que nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, Medicare requiere que nosotros le proveamos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Haremos todo esfuerzo posible para darle por lo menos 30 días de notificación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros lo asistiremos en la selección de un nuevo proveedor calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo un tratamiento médico tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos junto a usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no está siendo adecuadamente manejada, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que nuestro doctor o especialista está dejando su plan, por favor contáctenos para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en el manejo de su atención.

Si necesita ayuda para encontrar otro especialista o proveedor de la red, por favor contacte Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

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

Si usted necesita atención médica que Medicare nos exige cubrir y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esa atención, usted puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP determinará si usted necesita atención de un especialista u otro proveedor de atención médica que no está disponible en nuestra red. Su PCP lo derivará para que reciba la atención que necesita y nos pedirá autorización. Trabajaremos con su PCP para buscarle un proveedor adecuado, si es necesario un proveedor fuera de la red. Trabajaremos con el proveedor fuera de la red para hacer arreglos de facturación por adelantado de manera que el proveedor facturará al plan

nuestra parte del costo de los servicios autorizados que le provea. Usted debe tener nuestra autorización antes de consultar a un proveedor fuera de la red, excepto si necesita atención de emergencia o tiene necesidad urgente de servicios, como se describe en la Sección 3 de este capítulo.

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona común y prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir pérdida de vida, pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita tener primero aprobación ni una derivación de su PCP.
- **En cuanto sea posible, asegúrese de que nuestro plan es informado de su emergencia.** Nosotros debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos e informarnos de su atención de emergencia, normalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios para Miembros, al teléfono (800) 263-0067. Si llama después del horario de cierre, seleccione la opción de ser conectado con la Línea Directa de Servicios de Enfermería Fuera de Horario del plan. Este número está también en el reverso de su tarjeta ID de miembro.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia siempre que la necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de

ambulancia en situaciones en las que ir a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, vea el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le están dando atención de emergencia decidirán el momento que su condición está estable y la emergencia médica concluyó.

Después que ya no hay emergencia, usted tiene derecho a un seguimiento para estar seguro que su condición siga estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si recibe su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de programar para que los proveedores de la red asuman su atención apenas su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

Algunas veces es difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede ir por atención de emergencia – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resultó que no era una emergencia, siempre que usted razonablemente creyó que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, después que el médico haya establecido que *no* era una emergencia, nosotros cubriremos la atención adicional *solo* si recibe esa atención adicional de una de estas dos maneras:

- Usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – o – la atención adicional que reciba se considere “necesidad urgente de servicios” y usted siga las reglas para obtener esos servicios de necesidad urgente (para obtener más información de esto, vea la Sección 3.2 de abajo).

Sección 3.2 Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios
--

¿Qué es una “necesidad urgente de servicios”?

“Necesidad urgente de servicios” no involucra una emergencia, puede ser una enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera atención médica inmediata. La necesidad urgente de servicios podría ser proporcionada por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando proveedores de la red no están

temporalmente disponibles o accesibles. La condición imprevista podría, por ejemplo, ser un empeoramiento imprevisto de una condición conocida que usted tiene.

¿Qué ocurre si usted está dentro del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Usted siempre debe tratar de obtener servicios de necesidad urgente de nuestros proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o no accesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de necesidad urgente que usted reciba de un proveedor el área de servicio del plan, nosotros cubriremos la necesidad urgente de un proveedor fuera de la red.

Si usted necesita servicios de necesidad urgente y está en el área de servicio, puede:

- Contactar a la oficina de su proveedor de atención primaria (PCP) (el teléfono de su PCP está en el frente de su tarjeta de membresía). Su PCP podría verlo el mismo día o al día siguiente.
- Si su PCP no está disponible o si su oficina está cerrada, usted puede buscar en el *Directorio de Proveedores* un "Centro de Atención Urgente" cerca de usted e ir al centro para recibir atención. Si necesita ayuda para hallar un centro de atención urgente, por favor llame a Servicios para Miembros y lo ayudaremos a hallar un centro de atención urgente que puede ayudarlo. (Los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Si llama a Servicios para Miembros cuando está cerrado, usted tendrá la opción de conectarse con la Línea Directa de Servicios de Enfermería Fuera de Horario. Un enfermero lo ayudará con su problema y puede ayudarlo a hallar un centro de atención urgente cerca de usted.

- Si necesita servicios de necesidad urgente después del horario de atención, fines de semana o feriados cuando la oficina de su PCP y Servicios para Miembros están cerrados, usted puede llamar a la Línea Directa de Servicios de Enfermería Fuera de Horario directamente al (800) 797-1717. Un enfermero lo ayudará con su problema y puede ayudarlo a hallar un centro de atención urgente cerca de usted. La Línea Directa de Servicios de Enfermería Fuera de Horario está disponible de 5:30 p.m. a 8:30 a.m., de lunes a viernes y todo el día los fines de semana y los feriados.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando usted esté fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la necesidad urgente de servicios que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, la necesidad urgente de servicios ni otro tipo de servicios si recibe la atención fuera de Estados Unidos.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a atención de su plan.

Por favor visite el siguiente sitio web: www.php-ca.org/for-members/disaster para información de cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Por favor vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para más información.

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

Section 4.1 Sección 4.1 Usted puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si usted pagó más de la parte que le corresponde de los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7 (*Solicítarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información de lo que debe hacer.

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

PHP cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se listan en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen conforme a las reglamentaciones del plan. Usted es responsable de pagar la totalidad del costo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque son servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red sin autorización.

Si desea preguntar si pagaremos por cualquier servicio o atención médica que usted esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si cubriremos ese servicio o atención antes de recibirlos. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene una queja o un problema (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información de lo que debe hacer si desea una decisión de cobertura de nosotros, o desea apelar una decisión que ya hemos tomado. Usted también podría llamar a Servicios para Miembros para más información. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Por los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que recibe después que usó todo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos médicos que usted paga después que se alcanzó el límite de beneficios **no** cuentan para un máximo de su bolsillo. Usted puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber qué cantidad ya ha usado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 **¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?**

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Los profesionales prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos con la participación de voluntarios a quienes piden ayuda para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales

de un proceso de investigación que ayuda para que médicos y científicos vean si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare aprueba el estudio, alguien que trabaja en el estudio lo contactará para explicarle más, y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio y tenga plena comprensión y aceptación de lo que implica su participación.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted *no* necesita tener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le dan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesariamente pertenecen a la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita tener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planifica participar en un estudio de investigación clínica, contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para informarles que participará en un estudio de investigación clínica y para averiguar más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que usted se incorpora a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura para los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Alojamiento y comida para una estadía hospitalaria que Medicare le cubriría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otra intervención médica si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después que Medicare pagó su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que usted se hace un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También digamos que su parte de los costos para este examen son \$20 bajo Medicare Original, pero solo serían \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que usted pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, usted deberá enviarnos una copia de las Notificaciones de Resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Por favor vea el Capítulo 7 para obtener más información acerca de la presentación de solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por un artículo o servicio nuevo que el estudio está probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da, a usted o a cualquier participante, gratuitamente.
- Artículos y servicios provistos exclusivamente para reunir datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se hacen como parte de un estudio si su condición normalmente requiere solo una TC.

¿Desea saber más?

Usted puede obtener más información de la incorporación a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Cobertura Medicare Para Pruebas Clínicas" en el sitio Web de Medicare (www.medicare.gov). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de fines no médicos"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de fines no médicos?

Una institución de fines no médicos es un centro que brinda atención por una condición que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializado. Si recibir la atención en un hospital o centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, nosotros en su lugar proporcionaremos cobertura para atención en una institución religiosa de fines no médicos. Usted podría elegir recibir la atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo es para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que brinden instituciones religiosas de fines no médicos.

Sección 6.2 Atención recibida de una institución religiosa de fines no médicos

Para recibir atención de una institución religiosa de fines no médicos, usted debe firmar un documento legal que diga que conscientemente se opone a recibir tratamiento médico que es "no exceptuado".

- Atención o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no es exigido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- Tratamiento médico "exceptuado" es atención o tratamiento médico que usted recibe que *no es voluntario* o que *es requerido* bajo la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que usted reciba de una institución religiosa de fines no médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- La cobertura de servicios que usted recibe de nuestro plan debe limitarse a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención con hospitalización o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – usted debe tener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido al centro o su estadía no será cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de hospitalización de Medicare. Vea el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este manual para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted dueño de su equipo médico duradero después de hacer un determinado número de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye rubros como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas articuladas que indica un proveedor para uso en el domicilio. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por los artículos durante 13 meses. Como miembro de PHP, sin embargo, por lo general usted no será propietario de artículos de DME sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro del plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas transferiremos la propiedad del artículo del DME a usted. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este manual) para averiguar sobre los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que necesita suministrar.

¿Qué pasa con los pagos que ha hecho por el equipo médico duradero si se pasa a Medicare Original?

Si usted no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los copagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 copagos consecutivos.

Si usted hizo menos de 13 pagos por el DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Usted deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después que usted regresa a Medicare Original para ser propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene usted derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces durante todo el tiempo que usted esté inscrito, PHP cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja PHP o ya no requiere médicamente de equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es \$0.

Si antes de inscribirse en PHP usted ha realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en PHP es \$0.

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

Si usted vuelve a Medicare Original, entonces usted comienza un nuevo ciclo de 36 meses, el cual se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó alquileres de equipo de oxígeno por 36 meses antes de inscribirse en PHP, se inscribe en PHP por 12 meses, y luego vuelve a Medicare Original, usted pagará todo el costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno.

Similarmente, si usted hizo pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en PHP y luego vuelve a Medicare Original, usted pagará el costo compartido total para la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Comprender los costos de su bolsillo por servicios cubiertos66

Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos 66

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B? 66

Sección 1.3 Nuestro plan no autoriza a que los proveedores le "facturen el saldo" .67

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted68

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 68

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?114

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)114

SECCIÓN 1 Comprender los costos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que lista sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de PHP. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

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

Para comprender la información de pagos que le damos en este capítulo, usted necesita saber qué tipos de costos de su bolsillo podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento mismo que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más acerca de los copagos).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o programas de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si aplica. Si piensa que se le está pidiendo pagar incorrectamente, contacte a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Porque usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage, hay un límite a lo que debe pagar de su bolsillo cada año para recibir servicios médicos dentro de la red cubiertos bajo Medicare Parte A y Parte B (vea el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 de abajo). Este límite es un monto de dinero y se llama máximo de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de PHP, lo más que deberá pagar de su bolsillo por servicios cubiertos en la red de la Parte A y Parte B en 2021 es \$5,000. Los montos que usted paga por los copagos por servicios cubiertos en la red cuentan hacia la cantidad máxima de su bolsillo. (Los montos que usted paga por sus primas del plan y por sus medicamentos bajo receta de la Parte D no cuentan para el máximo de su bolsillo). Si usted llega al máximo de su

bolsillo de \$5,000, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B se la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no autoriza a que los proveedores le “facturen el saldo”

Como miembro de PHP, una protección importante para usted es que solamente debe pagar su monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, llamado “facturar el saldo”. Esta protección (usted nunca paga más de su monto de costo compartido) aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de esta manera:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo \$15.00), entonces usted solo paga ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor con el que se atiende:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determina el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una derivación).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una derivación).

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si cree que un proveedor le ha enviado una "factura por el saldo", puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios en las páginas siguientes lista los servicios que PHP cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios listados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios médicos cubiertos deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se usan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptables de la práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 da más información de los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le da atención y supervisa su atención. En la mayoría de las instituciones, su PCP debe dar su aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle a usted una "derivación". El Capítulo 3 brinda más información de las derivaciones y las situaciones en las que usted no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios cubiertos listados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otros proveedores de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces se llama "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos como "**requiere autorización previa**".

Otras cosas importantes que saber sobre nuestra cobertura:

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que usted pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte el Manual *Medicare y Usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Medicare Original, nosotros cubrimos también el servicio sin costo para usted.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio en 2021, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted dentro del periodo de 1 mes de nuestro plan de elegibilidad considerada continuada, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este periodo.

Información de beneficio importante para miembros con ciertas condiciones crónicas

- Si un proveedor del plan lo ha diagnosticado con la siguiente condición crónica de abajo y cumple con el criterio médico, podría ser elegible para otros beneficios suplementarios específicos:
 - Neuropatía relacionada con el SIDA
- Por favor vaya a la hilera de “Ayuda para ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de Beneficios Médicos de abajo para más detalles.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura <i>(requiere autorización previa)</i> Cubrimos 2 visitas de acupuntura por mes cada año.</p>	\$0 de copago por servicios de acupuntura.
<p>Acupuntura para el lumbago crónico <i>(requiere autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el lumbago crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 semanas o más de duración;• No específico, en que no tiene una causa sistemática identificable (ej.: no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciones, etc.);• No asociado con cirugías; y• No asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren un mejoramiento. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento debe discontinuarse si el paciente no mejora o retrocede.</p>	\$0 de copago para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el lumbago crónico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y• Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona común y prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la pérdida de vida, pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para servicios necesarios de emergencia provistos fuera de la red es el mismo para aquellos provistos en la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>	<p>\$75 de copago por visita a sala de emergencias.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después que su condición de emergencia es estabilizada, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe tener atención hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización del plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted podría recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le dan una prognosis terminal certificando que usted está enfermo mortalmente y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico en el hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor• Cuidados paliativos de corta duración• Atención domiciliaria	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios en el hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su prognosis terminal son pagos por Medicare Original, no por PHP.</p> <p>\$0 de copago para servicios de consulta de hospicio.</p>
<p><u>Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados a su prognosis terminal:</u> Medicare Original (y no nuestro plan) pagará sus servicios y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados a su prognosis terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga.</p>	
<p><u>Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por Medicare Partes A o B y no están relacionados a su prognosis terminal:</u> Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos bajo Medicare Partes A o B y que no están relacionados con su prognosis terminal, su costo para estos servicios depende de si usted usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de hospicio (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga el monto del costo compartido del plan por servicios en la red• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo el Pago por Servicio de Medicare (Medicare Original)	
<p><u>Para servicios que están cubiertos por PHP pero no están cubiertos por Medicare Partes A o B:</u> PHP continuará cubriendo servicios cubiertos por el plan no cubiertos bajo la Parte A o B si están o no relacionados con su prognosis terminal. Usted paga el monto del costo compartido por estos servicios.</p>	
<p><u>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, por favor vea el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué ocurre si usted está en un hospicio certificado por Medicare?</i>)</p>	
<p>Nota: Si necesita atención no vinculada al hospicio (atención no relacionada a su prognosis terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solamente una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha seleccionado el beneficio de hospicio.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de pacientes hospitalizados (requiere autorización previa)</p> <p>Incluye pacientes agudos, rehabilitación de pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria de pacientes internados comienza el día que usted es formalmente ingresado al hospital con una orden de un médico. El día anterior a su dada de alta es su último día de paciente internado.</p> <p>El Plan cubre 90 días cada período de beneficios. El plan además cubre 60 "días de reserva de por vida".</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitaciones semiprivadas (o habitaciones privadas si es médicamente necesario)• Comidas incluyendo dietas especiales• Servicios regulares de enfermería• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios)• Medicamentos• Pruebas de laboratorio• Radiografías y otros servicios radiológicos• Insumos médicos y quirúrgicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Costos de sala de operaciones y sala de recuperación• Fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados• En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón–páncreas, corazón, hígado, pulmón,	<p>\$100 de copago por días para días 1 a 6.</p> <p>\$0 copago por día para días 7 a 90.</p> <p>\$0 de copago por día para días de "reserva de por vida" 91 a 150.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día que usted ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando usted durante 60 días consecutivos no ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Si usted ingresa en el hospital después que terminó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p> <p>"Días de reserva de por vida" son días "extra" que cubre el plan. Si su estadía hospitalaria dura más que 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de paciente hospitalizado (continuación)	
<p>corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos revisar su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes en la red están fuera del patrón comunitario de su atención, puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente siempre y cuando los proveedores de trasplante local estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si PHP provee servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elije obtener los trasplantes en este lugar distante, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento adecuado y transporte para usted y un acompañante.</p>	<p>días extra, su estadía hospitalaria estará limitada a 90 días.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Sangre – incluyendo el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta usada.• Servicios médicos	<p>Si usted es autorizado para atención como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia es estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que lo admitan en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital una noche, aun podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si usted es un paciente hospitalizado, debería preguntar al personal del hospital.</p>	

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de paciente hospitalizado (continuación)	
<p>También puede averiguar más en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare: ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, 7 días a la semana.</p>	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	
<p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental provistos por un médico o siquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero especialista, asistente de médico licenciados por el estado u otro profesional de salud mental calificado de Medicare, conforme a las leyes estatales aplicables.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (requiere autorización previa)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>El plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. El Plan además cubre "días de reserva de por vida".</p> <p>Hay un límite de por vida de 190 días para hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a servicios de salud mental para paciente hospitalizados provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>\$100 de copago por días para días 1 a 6.</p> <p>\$0 de copago por día para días 7 a 90.</p> <p>\$0 de copago por día para días de "reserva de por vida" 91 a 150.</p> <p>Un "periodo de beneficio" comienza el día que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted va por 60 días continuos sin atención en un hospital o centro de enfermería especializada. Si usted va al hospital después que un periodo de beneficio ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficio. No existe un límite al número de periodos de beneficio que puede tener.</p> <p>"Días de reserva de por vida" son días "extra" que cubre el plan. Si su estadía hospitalaria dura más que 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya usado estos 60 días extra, su estadía hospitalaria estará limitada a 90 días.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará servicios de atención médica a domicilio para que sean provistos por una agencia de atención domiciliaria. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su hogar en un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermería especializada y servicios de asistencia en su domicilio, de medio tiempo o intermitentes (para que se cubran bajo el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia a domicilio combinados deben sumar menos de ocho 8 horas por día y menos de 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología• Servicios sociales y médicos• Equipo e insumos médicos	<p>\$0 de copago para agencia de servicios de atención médica a domicilio.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	
(requiere autorización previa) (Por una definición de "atención en centro de enfermería especializada", vea el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama "SNF").	\$0 de copago por día para días 1 a 20.
El Plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	\$100 de copago por día para días 21 a 100.
<ul style="list-style-type: none">• Habitaciones semiprivadas (o habitaciones privadas si es médicamente necesario)• Comidas incluyendo dietas especiales• Servicios regulares de enfermería• Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología• Medicamentos que le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre).• Sangre – incluyendo el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta usada.• Insumos médicos y quirúrgicos provistos por SNF• Pruebas de laboratorio suministradas comúnmente por SNF• Radiografías y otros servicios radiológicos provistos comúnmente por SNF• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que comúnmente suministran los SNF• Servicios médicos/<i>practitioners</i>	Un "período de beneficios" comienza el día que usted ingresa al hospital o SNF. Termina cuando usted durante 60 días consecutivos no ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Si usted ingresa en el hospital después que terminó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Por lo general, usted recibirá su atención de SNF en centros de atención del plan. Sin embargo, en determinadas circunstancias listadas a continuación, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red por servicios de un centro que no es proveedor del plan, si el centro acepta los montos a pagar de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de ancianos o comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada).• Un SNF donde vive su pareja o su cónyuge al momento que usted es dado de alta del hospital	
<p>Ayuda con condiciones crónicas (requiere autorización previa)</p> <p>Para miembros que fueron diagnosticados de neuropatía relacionada con el SIDA, cubrimos 2 masajes terapéuticos de una hora cada mes para aumentar la circulación sanguínea.</p>	\$0 de copago para servicios de masajes terapéuticos.




Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)




Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficio de comidas <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>El beneficio de comidas está disponible después del alta de un hospital de agudos o centro de enfermería especializada. Usted o su proveedor puede requerir este beneficio del plan.</p> <p>El plan cubre hasta dos (2) comidas por día por hasta 28 días (límite de 56 comidas por año).</p>	<p>\$0 de copago para el beneficio de comidas.</p>
<p>Cirugía de pacientes ambulatorios, incluyendo servicios provistos en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Nota: Si usted tendrá una cirugía en una instalación hospitalaria, usted debería confirmar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor escriba una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para cirugía de paciente ambulatorio. Aun si se queda internado por una noche, usted podría aun ser considerado un "paciente ambulatorio."</p>	<p>\$0 de copago por servicios de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidados de la visión <i>(requiere autorización previa para servicios de la visión cubiertos por Medicare)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada al envejecimiento. Medicare Original no cubre exámenes de rutina de los ojos (refracciones) para anteojos/ lentes de contacto.• Para personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años y estadounidenses hispanos de 65 años o más.• Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si usted tiene dos operaciones separadas de cataratas, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>También cubrimos los siguientes beneficios de visión adicionales sin necesidad de derivación o autorización:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen de la visión de rutina cada año• 1 par de anteojos (lentes y armazones o lentes) o lentes de contacto cada año. <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos para la vista cada año.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de cuidado de la visión cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por examen anual rutinario de la visión y para anteojos o lentes de contacto hasta el límite anual de \$150.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Dejar de fumar y dejar el uso de tabaco (consejería para dejar de fumar o usar tabaco)</p> <p><u>Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada al tabaco:</u> cubrimos dos intentos de dejar de fumar con consejería en un período de 12 meses. Cada intento de dejar de fumar con consejería incluye hasta cuatro encuentros personales.</p> <p><u>Si usted usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada al tabaco, o está tomando medicación que pueden ser afectada por el tabaco:</u> cubrimos servicios de consejería para dejar el hábito. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con consejería en un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de dejar de fumar con consejería incluye hasta cuatro encuentros personales.</p> <p>Además, los miembros tienen acceso al programa para dejar de fumar <i>Quit for Life</i>® que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ocho semanas de parches o goma de mascar gratuitos• Llamadas personales con un <i>Quit Coach</i> capacitado• Materiales escritos incluyendo la guía <i>Quit Guide</i> con recursos• Mensajes de texto en su celular• Sitio web con herramientas de aprendizaje electrónico, foros y acceso a <i>Web Coach</i>®. Visite www.quitnow.net/ahf• Número de teléfono gratuito para recibir ayuda siete días a la semana. Llame a 1-866-784-8454 (1-866-QUIT-4-LIFE).	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para beneficios de prevención para dejar de fumar y dejar el uso de tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección colorrectal <i>(todos los exámenes excepto la prueba de hemoglobina fecal y colonoscopia de detección, requieren autorización previa)</i></p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o prueba de enema opaco como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en heces o prueba de guayaco (gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Prueba colorrectal basada en ADN cada tres años</p> <p>Para personas con riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia (o prueba de enema opaco como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas sin riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de aneurisma de aorta abdominal <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Una única ecografía para personas con riesgo. El plan solamente cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación por esto de su médico, asistente médico, enfermero practitioner o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de prevención.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Papanicolaou y tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses• Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad de procrear y ha tenido un Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años: un Papanicolaou cada 12 meses	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales cubiertos por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de senos (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad• Una mamografía cada 12 meses para mujeres a partir de los 40 años• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una detección de depresión por año. La detección debe realizarse en un ambiente de atención primaria que pueda proveer tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial elevada (hipertensión), historia de colesterol y niveles de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, o una historia de azúcar en sangre elevado (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener una historia familiar de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para un máximo de dos detecciones de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería intensa para ayudarlo a perder peso. Esta consejería está cubierta si la recibe en un ambiente de atención primaria, donde puede ser coordinada con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección de obesidad y terapia preventivas.</p>
<p> Detección de VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección de VIH o que tienen riesgo aumentado de infección con VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH cubiertas por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección y consejería para reducir el mal uso del alcohol</p> <p>Cubrimos una detección de mal uso de alcohol para adultos con Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si usted obtiene una detección positiva por abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de consejería personal por año (si es competente y está alerta durante la consejería) provista por un médico de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoría para reducir el mal uso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos ortopédicos cubiertos e insumos relacionados <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Dispositivos (aparte de dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero sin limitarse a, bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados al cuidado de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluyendo un sostén quirúrgico después de la mastectomía). Incluye ciertos insumos relacionados a dispositivos ortopédicos, y la reparación y/o reemplazo de estos dispositivos. También incluye parte de la cobertura después de cirugía o remoción de cataratas – vea “Cuidados de la visión” más adelante en esta sección, para conocer los detalles.</p>	<p>\$0 copago por dispositivos protéticos o insumos relacionados.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Entrenamiento de autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios de insulina y que no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insumos para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y las lancetas, y soluciones de control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores• Para personas diabéticas con enfermedad severa de pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos a medida (incluyendo las plantillas que vienen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos (para diabéticos) y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles, que no son a medida y vienen con esos zapatos). La cobertura incluye la prueba.• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones	<p>\$0 de copago para entrenamiento de autocontrol de la diabetes y servicios e insumos diabéticos.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados <i>(requiere autorización previa)</i> (Para conocer la definición de "equipo médico duradero", vea el Capítulo 12 de este manual.)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de habla, equipos para oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, usted podría preguntarles si lo pueden pedir especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.php-ca.org/provider-find.</p>	<p>\$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros relacionados.</p>
<p> Exámenes para detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen rectal digital• Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA)	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba PSA anual.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacuna contra la gripe, una vez cada estación de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias• Vacuna contra la hepatitis B si usted tiene riesgo alto o medio de contraer hepatitis B• Otras vacunas si usted corre riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos bajo receta de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y Hepatitis B.</p>
<p>Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan tienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infundidos mientras usted recibe servicios médicos, ambulatorios en hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio• Medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan• Factores de coagulación que usted recibe por vía inyectable si tiene hemofilia• Fármacos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano	<p>\$0 de copago para medicamentos de Medicare Parte B.</p>

Servicios que están cubiertos para usted


Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios

Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare (continuación)


- Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica como relacionada con osteoporosis posmenopáusica, y usted no puede autoadministrarse el medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y antieméticos
- Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluyendo heparina, antídoto de la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen® o Procrit®)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de las principales enfermedades inmunodeficientes


Cubrimos también algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos bajo receta de la Parte B y Parte D.


El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que usted paga por los medicamentos bajo receta de la Parte D a través de nuestro plan está listado en el Capítulo 6.



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea (requiere autorización previa)</p> <p>Para personas que califican (generalmente esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de tejido óseo o determinar la calidad de los huesos, incluyendo la interpretación de los resultados por el médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p>Necesidad urgente de servicios</p> <p>Necesidad urgente de servicios se proveen para tratar una situación médica que no es de emergencia; puede ser una enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera atención médica inmediata. La necesidad urgente de servicios puede ser provista por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no accesibles.</p> <p>El costo compartido para la necesidad urgente de servicios provistos fuera de la red es la misma que para dichos servicios provistos en la red.</p> <p>La atención urgente solo está cubierta dentro de Estados Unidos.</p>	<p>\$0 de copago por necesidad urgente de servicios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios dados para determinar si usted necesita ser hospitalizado como paciente o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, deben cumplir con los requisitos de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen por orden de un médico u otra persona autorizada por ley de licenciatura estatal y estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios de paciente ambulatorio. Aún si se queda en el hospital durante la noche, usted todavía podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas por día, 7 días a la semana.</p>	<p>\$0 de copago para la observación hospitalaria de pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Elección de una de las siguientes opciones del Programa de Salud y Bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Membresía en 24 Hour Fitness (varias ubicaciones)• Hasta \$200 en artículos de venta libre (OTC, medicamentos sin receta), como vitaminas, suplementos de fibra, artículos de primeros auxilios, protector solar, cepillos y pasta de dientes, medicamentos para el resfrío, antiácidos, etc. Este beneficio se limita a \$200 cada año. Para más información sobre la opción del beneficio de artículos de venta libre (OTC), visite nuestro sitio web: www.php-ca.org/for-members/otc.	<p>\$0 copago para una membresía a un gimnasio</p> <p>● artículos farmacéuticos de venta libre (OTC) hasta el límite anual de \$200.</p> <p>\$0 de copago para información de educación de salud.</p>
<p>Para tener más información sobre el beneficio de Salud y Bienestar y las opciones de beneficios, visite nuestro sitio web: www.php-ca.org/for-members/hw.</p>	
<p>El plan envía a los miembros información de educación sanitaria trimestralmente en un formato de boletín.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP services estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta que brinda entrenamiento práctico en cambios nutricionales a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias solucionadoras de problemas para superar los desafíos de la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen historia de fumar tabaco por lo menos 30 años paquete, o que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, quienes recibieron una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de evaluación de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida que cumple con el criterio de Medicare para dichas visitas y fue provista por un médico o practitioner calificado no médico.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba inicial LDCT:</i> Los miembros deben recibir una orden escrita para la prueba de cáncer de pulmón LDCT, la cual puede ser provista durante cualquier visita apropiada con un médico o practitioner calificado no médico. Si el médico o practitioner calificado no médico elige proveer un asesoramiento de evaluación de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para pruebas de cáncer de pulmón subsecuentes con LDCT, la visita debe cumplir con el criterio de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el asesoramiento y visita de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección de infecciones por transmisión sexual (STI) y consejería para prevenir STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones por transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contagiarse una STI cuando las pruebas son ordenadas por su proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de consejería de comportamiento personal de alta intensidad y de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de STI. Cubriremos solo estas sesiones de consejería como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de STI y consejería del beneficio de prevención de STI cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios, servicios terapéuticos e insumos <i>(algunas pruebas, servicios e insumos requieren autorización previa)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero sin limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo los materiales e insumos que usa el técnico• Insumos quirúrgicos, como vendas• Tablillas, enyesaduras y otros dispositivos para reducir fracturas y dislocaciones• Pruebas de laboratorio• Sangre, incluyendo almacenaje y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada.• Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios	<p>\$0 de copago por pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios, servicios terapéuticos o insumos médicos.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos visitas individuales de tratamiento del abuso de sustancias a su médico de atención primaria o proveedor calificado por Medicare y el tratamiento grupal de abuso de sustancias por un proveedor calificado por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia	
<ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por avión, por helicóptero o por tierra, al centro adecuado más cercano que pueda dar atención, solamente si la atención se brinda a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.• El transporte en ambulancia en una situación que no es emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$150 de copago para servicios de ambulancia de viajes de una dirección o de ida y vuelta
Servicios de apoyo en el hogar <i>(requiere autorización previa)</i>	
<p>Servicios de apoyo en el hogar están disponibles para miembros después del alta de la hospitalización en un hospital de agudos o centro de enfermería especializada. Servicios de apoyo en el hogar incluyen los siguientes servicios de atención personal no médica y de tareas domésticas: asistencia con bañarse, aseo corporal y para vestirse, asistencia en funciones de defecación y para orinar, acompañar a citas médicas, tareas domésticas livianas, preparación de comidas, lavandería, y compra de comestibles.</p>	\$0 de copago para servicios de apoyo en el hogar.
<p>El Plan cubre hasta 16 horas por semana por hasta dos (2) semanas por año.</p>	

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Evaluaciones de diagnóstico de audición y balance realizadas por su PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando es un servicio prestado por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen de la audición suplementario de rutina cada año• 1 evaluación para la colocación de audífono cada año• Hasta 2 audífonos cada año <p>Límite de cobertura del plan de \$400 para hasta 2 audífonos: cada año.</p>	<p>\$0 copago para servicios de audición cubiertos.</p> <p>\$0 de copago por hasta dos audífonos hasta el límite anual de \$400.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:	\$0 de copago para servicios dentales preventivos cubiertos.
Servicios dentales preventivos:	\$0 de copago para servicios dentales integrales cubiertos por hasta el límite anual de \$700.
<ul style="list-style-type: none">• Exámenes orales• Hasta 2 limpiezas cada año• Hasta 2 tratamientos con flúor cada año• 1 radiografía dental cada año	
Servicios dentales integrales como los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios que no son de rutina• Servicios de diagnóstico• Servicios de restauración.• Endodoncia/Periodoncia/extracciones• Prostodoncia, otra cirugía dental/maxilofacial, otros servicios	
Los servicios dentales integrales del plan están limitados a \$700 cada año.	
Servicios de hospitalización parcial (requiere autorización previa)	
La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio de paciente ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y una alternativa a la hospitalización del paciente.	\$0 de copago por servicios de hospitalización parcial.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones del calcáneo)• Atención de rutina del pie para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	<p>\$0 de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opiáceos</p> <p>Los servicios de tratamiento de trastornos de uso de opiáceos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios por medio de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de tratamiento agonistas y antagonistas aprobados por FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si aplica• Asesoramiento de uso de sustancias• Terapia individual y grupal• Prueba de toxicología	<p>\$0 de copago para servicios del tratamiento de opiáceos.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca <i>(algunos servicios requieren autorización previa)</i> Programas integrales que incluyen ejercicios, educación y consejería, cubiertos para miembros que cumplen con ciertas condiciones y son derivados por un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(requiere autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatorios son provistos en varios entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	\$0 de copago por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar <i>(requiere autorización previa)</i> Hay programas integrales de rehabilitación pulmonar que están cubiertos para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a severa, y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	\$0 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(algunos servicios requieren autorización previa)</i> Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo cirugía del mismo día• Exámenes de laboratorio facturados por el hospital• Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin esta atención, usted requería hospitalización• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital• Insumos médicos, como tablillas y yesos• Ciertos medicamentos y compuestos biológicos que usted no puede autoadministrarse	<p>\$0 de copago por servicios del hospital de paciente ambulatorio.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)

Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital una noche, usted igual podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si usted es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.

También puede averiguar más en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare: ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos/practitioners, incluyendo visitas a consultorio (algunos servicios requieren autorización previa) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios provistos en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, o cualquier otro centro.• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista• Pruebas básicas de la audición y el equilibrio realizadas por su PCP, si su médico las ordena para ver si necesita tratamiento médico• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para diálisis domiciliario para miembros en un centro de diálisis renal en un hospital o de acceso crítico en un hospital, centro de diálisis renal o el hogar del miembro• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular (stroke)• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla en video) con su doctor por 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La consulta no lleva a una visita al consultorio dentro de 24 horas o la cita más rápidamente disponible	<p>\$0 de copago por servicios de proveedor de atención primaria (PCP) o especialista.</p>
<p>Servicios de médicos/practitioners, incluyendo visitas a consultorio (continúa)</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de video y/o imágenes que envía a su doctor, y la interpretación y seguimiento de su doctor dentro de las 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La consulta no lleva a una visita al consultorio dentro de 24 horas o la cita más rápidamente disponible• Consulta que su doctor tiene con otros doctores por teléfono, internet o expediente electrónico de salud si usted no es un paciente nuevo• Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de una cirugía• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, ajuste de quebraduras de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico)	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estadía de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta	\$0 de copago por servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante una estadía hospitalaria no cubierta.
<p>(algunos servicios requieren autorización previa)</p> <p>Si ha gastado todos sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía hospitalaria no es razonable y necesaria, nosotros no cubriremos su estadía hospitalaria. No obstante, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras dure su estadía en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Exámenes diagnósticos (por ejemplo, de laboratorio)• Radiografías, radioterapia y terapia por isótopos incluyendo los materiales y servicios del técnico• Vendajes quirúrgicos• Tablillas, enyesaduras y otros dispositivos para inmovilizar fracturas y dislocaciones• Dispositivos de prótesis y ortopedia (que no sean dentales) que reemplazan toda o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejidos contiguos), o toda o parte de una función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o de mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o reparación de tales dispositivos• Abrazaderas para piernas, brazos, espalda y cuello; arneses y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a ruptura, desgaste, pérdida o cambio de la condición física del paciente• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales <i>(requiere autorización previa excepto cuando está fuera del área de servicio)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos de enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas en cuanto a su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica estado IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos de enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido a un hospital como paciente para recibir atención especial)• Entrenamiento de autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y otra persona que lo ayude con tratamientos de diálisis domiciliaria)• Equipos y suministros para diálisis domiciliaria• Ciertos servicios de apoyo domiciliario (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores entrenados en diálisis que revisan su diálisis domiciliaria, ayudan en emergencias y revisan su equipo de diálisis y suministro de agua)	<p>\$0 de copago para servicios para tratar enfermedades renales.</p>
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para tener información sobre cobertura de medicamentos de la Parte B, por favor vea la sección de abajo "Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare".</p>	



Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxación	\$0 de copago para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET) <i>(requiere de autorización previa)</i></p> <p>SET está cubierta para miembros que tienen una arteriopatía periférica sintomática (PAD) y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duran 30-60 minutos, abarcar un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación• Realizarse en un ambiente de paciente ambulatorio o el consultorio de un médico• Ser realizada por un personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios exceden los daños, y que está capacitado en terapia del ejercicio para PAD• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente del médico o enfermero/enfermero clínico especializados capacitados en técnicas de atención de emergencia básicas y avanzadas <p>SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas para otras 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	\$0 de copago para SET.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión domiciliaria <i>(requiere autorización previa)</i></p> <p>La terapia de infusión domiciliaria involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos en una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (ej.: antivirales, globulina inmunitaria), equipo (ej.: una bomba) y suministros (ej.: tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, provistos según el plan de atención• Entrenamiento y educación del paciente que no estén cubiertos bajo el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de la terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria provistos por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria	<p>\$0 de copago para servicios de terapia de infusión domiciliaria.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica (requiere autorización previa) Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no están en diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando el médico tratante los deriva.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería en persona durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podría recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en otro año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p>Transporte (requiere autorización previa) Viajes ilimitados de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan cada año.</p> <p>El Plan debe autorizar y programar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde consultorios o centros de proveedores.</p>	<p>\$0 de copago para el transporte.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita anual de salud y bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted puede tener una visita anual de salud y bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de salud y bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses posteriores a su examen "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, usted no necesita haber tenido un examen "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de salud y bienestar después que ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de salud</p>
<p> Visita de prevención "Bienvenido a Medicare"</p> <p>El plan cubre una visita de prevención "Bienvenido a Medicare" una única vez. Esta visita incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y consejería de servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para otra atención si es necesaria.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita de prevención "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su visita de prevención "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su doctor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su doctor podría discutir el uso de aspirina (si es adecuado), chequear su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo saludablemente.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia intensiva de comportamiento del beneficio de prevención de enfermedades cardiovasculares.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le dice 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 cubre el servicio.

El cuadro de abajo lista los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos listados en el cuadro de abajo excepto bajo las condiciones específicas listadas. La única excepción: Pagaremos el servicio en el cuadro de abajo si, a raíz de la apelación, se considera un servicio médico que nosotros debimos pagar o cubrir por su situación específica. (Para obtener información de cómo apelar una decisión nuestra de no cubrir un servicio médico, vea el Capítulo 9, Sección 5.3 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en el Cuadro de Beneficios o en la tabla de abajo.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Aún si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original determinan que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		✓ Podrían estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Vea Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

<p>* Cuidado custodial es el cuidado provisto en un hogar de adultos mayores, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica profesional o atención de enfermería especializada.</p>	<p>✓</p>	
<p>Tarifas cobradas por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar por ofrecer cuidado.</p>	<p>✓</p>	
<p>Cirugía cosmética o procedimientos</p>		<p>✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de una parte corporal deformada. • Cubiertos para todos los estadios de reconstrucción de senos después de una mastectomía, además de un seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Atención quiropráctica de rutina</p>		<p>✓</p> <p>Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación está cubierta.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Atención de pies de rutina		✓ Cobertura limitada según las pautas de Medicare, ej., si tiene diabetes.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una abrazadera para pierna están incluidos en costo de la abrazadera, o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Keratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otras ayudas para visión reducida.		✓ Examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de la cirugía de cataratas.
Inversión de procedimientos de esterilización e insumos contraceptivos que no están bajo receta.	✓	
Servicios de Naturopath (usa tratamientos naturales o alternativos).	✓	

* El cuidado custodial es cuidado personal que no requiere atención continua de personal paramédico o entrenado médicamente, como cuidados que lo ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

***Usar la cobertura del plan para
medicamentos bajo receta de la Parte D***

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	121
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D	121
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D.....	122
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red	123
Sección 2.1	Para tener cubierta la receta, use una farmacia de la red	123
Sección 2.2	Buscar farmacias de la red	123
Sección 2.3	¿Cómo puede usted tener un suministro de medicamentos para largo plazo?.....	124
Sección 2.4	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?	124
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	125
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	125
Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de medicamentos.....	126
Sección 3.3	¿Cómo puede usted averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?.....	127
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	127
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	127
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	128
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?.....	129
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto?.....	130
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto	130

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

Sección 5.2	¿Qué puede hacer usted si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?.....	131
Sección 5.3	¿Qué puede hacer usted si su medicamento está en un nivel de costo compartido que piensa que es demasiado alto?.....	133
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?..	134
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	134
Sección 6.2	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?	134
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	137
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	137
SECCIÓN 8	Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surte una receta	138
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía.....	138
Sección 8.2	¿Qué ocurre si no tiene su tarjeta de membresía con usted?	139
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	139
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan?.....	139
Sección 9.2	¿Qué ocurre si usted es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	140
Sección 9.3	¿Qué ocurre si usted también tiene cobertura del plan de un empleador o plan para grupo de jubilados?	141
Sección 9.4	¿Qué ocurre si usted está en un hospicio certificado por Medicare?	141
SECCIÓN 10	Programas acerca de seguridad de los medicamentos y manejo de medicaciones.....	142
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	142
Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a miembros a usar seguramente sus medicamentos opiáceos.....	143
Sección 10.3	Programa de Manejo de la Terapia Medicinal (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicaciones.....	144

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

El programa de "Ayuda adicional" ayuda a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Usted actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos para medicamentos bajo receta de la Parte D no aplica en su caso**. Le enviamos un folleto aparte llamado "Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos bajo receta" (también conocido como "Anexo para Subsidio por Bajos Recursos" o "Anexo LIS"), que le da información sobre cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pida el Anexo LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

<p>Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D</p>

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

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, PHP también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que se le administran durante estadias cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios Medicare Parte B, nuestro plan cubre medicamentos incluyendo algunos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que usted recibe durante una visita al consultorio, y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) informa acerca de los beneficios y costos de medicamentos durante una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada, además de sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

Sus medicamentos podrían estar cubiertos por Medicare Original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B, y D que no están relacionados con su prognosis terminal y condiciones relacionadas y por lo tanto no están cubiertos bajo el beneficio de hospicio de Medicare. Para más información, por favor consulte la Sección 9.4 (*¿Qué ocurre si está en un hospicio certificado por Medicare?*). Para más información sobre la cobertura de hospicio, vea la sección de hospicio en el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones discuten la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas del beneficio 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 Medicare Original.

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

El plan por lo general cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que escriba su receta.
- Su recetador debe aceptar Medicare o presentar documentación con CMS que muestre que él o ella están calificados para escribir recetas, o su reclamo de la Parte D será negada. Usted debe solicitar a sus recetadores la próxima vez que llame o visite si cumplen con esta condición. Si no lo hacen, por favor tenga en cuenta que lleva tiempo para su recetador presentar los papeles necesarios para que sean procesados.
- Usted debe usar una farmacia de la red para surtir sus recetas. (Vea la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar decimos "Lista de medicamentos"). (Vea la Sección 3 *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos del plan"*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o apoyado por ciertos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red

Sección 2.1 Para tener cubierta la receta, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos *únicamente* si los surte en farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para tener información de cuándo cubriríamos la reposición de recetas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Buscar farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede ver su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio Web (www.php-ca.org/provider-find), o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si usted cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita resurtir un medicamento que está tomando, puede pedir que un proveedor le dé una nueva receta o que le transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia que ha estado usando deja de ser parte de la red?

Si la farmacia que usted ha estado usando deja la red del plan, usted deberá buscar una nueva farmacia en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, usted puede obtener ayuda en Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual) o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede hallar información en nuestro sitio Web: www.php-ca.org/provider-find.

¿Qué ocurre si usted necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, centro LTC (como un hogar de

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted recibe rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, la cual es típicamente la farmacia que el centro utiliza. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

- Las farmacias que sirven a los Servicios de Salud Indio/Tribal/ Programa de servicios de salud Indio Urbano (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativoamericanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que dispensan ciertos medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación con proveedores o educación para el uso. (Nota: Esta situación rara vez debería ocurrir).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 ¿Cómo puede usted tener un suministro de medicamentos para largo plazo?

El plan ofrece una manera de obtener un suministro de medicamentos "de mantenimiento" para largo plazo (también llamado un "suministro extendido", que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una condición médica crónica o prolongada).

Algunas farmacias en nuestra red permiten que usted obtenga un suministro de medicamentos de mantenimiento para largo plazo. Su *Directorio de Farmacias* informa qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento para largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros para más información. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 2.4 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta podría estar cubierta en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si usted no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las cuales cubriríamos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red.

- Cuando una farmacia de la red no esté disponible. El plan solo cubrirá recetas surtidas fuera de la red por un suministro máximo de 30 días y solamente una vez por medicamento comprado en una farmacia fuera de la red durante el año calendario. Si usted planea un viaje largo, por favor contacte a Servicios para Miembros para ubicar farmacias en el área que visitará o coordine para sus medicamentos le sean entregados durante su viaje.

En estas situaciones, **por favor verifique primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red en la cercanía. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Se podría requerir que pague la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita usted un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia que no es de la red, por lo general deberá pagar el costo total (en vez de su parte normal del costo) en el momento que surte una receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le reembolse).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **nos referimos a “Lista de medicamentos”**.

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

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo aquellos bajo Medicare Parte D (antes en este capítulo, Sección 1.1 explica sobre los medicamentos de Parte D).

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

Nosotros generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de cobertura explicadas en este capítulo, y el medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que es *uno de los dos siguientes*:

- aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Esto es, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para que se receta).
- – o – está apoyada por ciertas referencias, como el *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el *DRUGDEX Information System*.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca comercial y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento bajo receta que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca comercial. Por lo general, funciona igual que el medicamento de marca comercial y habitualmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial.

¿Qué es lo que *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos bajo receta.

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

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel del costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento.

- Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial con preferencia.
- Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial sin preferencia.
- Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos especializados.
- Nivel 5 de costo compartido incluye ciertos medicamentos de atención médica

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

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

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

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

Tiene cuatro maneras de averiguar:

1. Verifique en la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio Web del plan (www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary). La Lista de medicamentos en el sitio Web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).
4. Use el portal para miembros para el beneficio de medicamentos bajo receta. Usted puede hacer búsquedas interactivas detalladas a través de esta aplicación, ver las cantidades actuales de copago y otra información del beneficio de farmacia, y ver los precios de fármacos. Usted puede acceder al portal yendo a www.php-ca.org/for-members/drug-benefit. Una vez en esta página, busque el enlace "Go to member portal". Usted necesitará número de identificación de miembro, ubicado en su tarjeta de identificación de miembro para establecer una cuenta en el portal.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos bajo receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan cubre estos medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en la forma más segura y efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los

costos totales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos en precios más accesibles.

Por lo general, nuestras reglas lo estimulan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione médicamente bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para estimularlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare de cobertura y costos compartidos de medicamentos.

Si hay una restricción para el medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán dar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si usted quiere que levantemos la restricción, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos una excepción. Nosotros podríamos aceptar o no aceptar levantar la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2 para tener información de cómo pedir excepciones).

Por favor note que a veces un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a diferentes restricciones o costo compartido podrían aplicar basado en factores como la potencia, cantidad o forma del medicamento prescrito por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos en las formas más efectivas. Las secciones de abajo le informan más acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción en medicamentos de marca comercial cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca comercial, pero generalmente cuesta menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca comercial esté disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Habitualmente no cubrimos el medicamento de marca comercial cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico o ningún otro medicamento cubierto que trata la misma condición no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca comercial. (Su parte del costo del medicamento de marca comercial podría ser mayor que el del medicamento genérico).

Obtener aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben tener aprobación del plan antes que aceptemos cubrirle su medicamento. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por adelantado ayuda a orientar en el uso adecuado de algunos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento tal vez no sea cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma idéntica condición, el plan podría requerir que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia progresiva**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que usted puede tener, limitando qué cantidad de un medicamento usted puede tener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de cierto medicamento, nosotros podríamos limitar la cobertura de su receta a un máximo de un comprimido por día.

<h3>Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?</h3>
--

La Lista de medicamentos del plan incluye información de las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual) o visite nuestro sitio web (www.php-fl.org/for-members/drug-benefit/formulary).

Si hay una restricción para el medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán dar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que quiere tomar, usted debería contactar a Servicios para Miembros para informarse qué necesitarían hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si usted quiere que levantemos la restricción, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos una

excepción. Nosotros podríamos aceptar o no aceptar levantar la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2 para tener información de cómo pedir excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto?

<h3>Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto</h3>
--

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento bajo receta que usted toma actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando no esté en nuestro formulario o están en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O puede ser que una versión genérica del medicamento esté cubierta pero la versión de marca que usted desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe primero un medicamento para ver si funcionará antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. O podría haber límites en cuanto a qué cantidad del medicamento (número de comprimidos, etc.) está cubierta durante un período particular de tiempo. En algunos casos, usted podría querer que levantemos la restricción que lo afecta.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que encarece su costo compartido más de lo que, según su criterio, debería ser. El plan pone cada medicamento cubierto en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Cuánto usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que desearía que estuviese cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema usted tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento tiene restricciones, vea la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que encarece el costo más de lo que debería, según su criterio, vea la Sección 5.3 para saber qué hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, estos son pasos que usted puede dar:

- Usted podría obtener un suministro temporal del medicamento (solo en ciertas situaciones los miembros obtienen un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de que le cubran el medicamento.
- Usted puede cambiar a otro medicamento.
- Usted puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o remueva las restricciones del medicamento.

Usted podría obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está sujeto a restricciones. Esto le da a usted tiempo de hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y reflexionar los pasos a dar.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos de abajo:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- – o – el medicamento que ha estado tomando **ahora está sujeto a ciertas restricciones** (la Sección 4 de este capítulo informa acerca de restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas abajo:

- **Para los miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es nuevo y durante los**

primeros 90 días del año calendario si estaba el plan el año pasado. Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos múltiples para suministrar hasta 30 días de medicamento. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red. (Por favor note que la farmacia de atención a largo plazo podría proveer el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para prevenir sobrantes).

- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

Nosotros cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es además de la situación de suministro temporal descrita arriba.

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Durante el tiempo que usted cuenta con un suministro temporal de un medicamento, usted debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan, o pedir que el plan haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones de abajo le informan más de estas opciones.

Usted puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Puede ser que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar de la misma forma para usted. Usted puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a hallar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono para Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma que usted quisiera que esté cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican el pedido de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O usted puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actual y un medicamento que está tomando se retirará de la lista o se restringirá de alguna manera para el año siguiente, nosotros lo autorizaremos a solicitar una excepción a la lista por adelantado para el año siguiente. Le informaremos de cualquier cambio en la cobertura de sus medicamentos para el año siguiente. Usted puede pedir una excepción antes del año siguiente y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su pedido (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su pedido, autorizaremos la cobertura antes que el cambio sea efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 dice lo que deben hacer. Allí se explican los procedimientos y fechas límite que fijó Medicare para garantizar que su pedido se maneje con justicia y celeridad.

<p>Sección 5.3 ¿Qué puede hacer usted si su medicamento está en un nivel de costo compartido que piensa que es demasiado alto?</p>
--

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que piensa que es muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que piensa que es demasiado alto, hable primero con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría trabajar tan bien para usted. Usted puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento de manera que usted pague menos por este. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas para justificar la solicitud del medicamento, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción de la regla. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 les explica la manera de hacerlo. Explica los procedimientos y fechas límites establecidas por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Los medicamentos en nuestro nivel de medicamentos especializados (nivel 4) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos que comienzan a estar disponibles, incluyendo genéricos nuevos. Tal vez el gobierno haya dado aprobación para un uso nuevo de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. Otra posibilidad es que retiremos un medicamento de la lista porque se constató que no era eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o retirar una restricción de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información de restricciones en la cobertura, vea la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca comercial con un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos tener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Información de cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre estos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea en forma regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. Abajo, indicamos las veces que usted recibirá un aviso directo si los cambios afectan al medicamento que usted está

tomando. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de sus medicamentos lo afectan a usted inmediatamente?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos de abajo, usted estará afectado por cambios de la cobertura durante el presente año:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca comercial en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca comercial o ambos)**
 - Podríamos inmediatamente retirar un medicamento de marca comercial en nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión nueva aprobada del medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel o nivel más bajo de costo compartido y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.
 - Podríamos no avisarle por adelantado antes de hacer el cambio; incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca comercial.
 - Usted y su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca comercial para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones quejas)*).
 - Si usted está tomando el medicamento de marca comercial en el momento que hacemos el cambio, le brindaremos información sobre el cambio específico que hicimos. Esto también incluirá información de los pasos que usted puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca comercial. Usted podría no recibir este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos inseguros u otros medicamentos en la Lista de medicamentos son retirados del mercado**

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

- De vez en cuando, un medicamento puede ser repentinamente retirado porque puede descubrirse que es inseguro o es retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, retiraremos de inmediato el medicamento de nuestra Lista de medicamentos. Si usted toma ese medicamento, informaremos a usted de este cambio enseguida.
- Su recetador también sabrá de este cambio, y puede trabajar junto a usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Puede que hagamos otros cambios una vez que el año comienza que afectan a medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones del medicamento de marca o ambos. Además, podríamos hacer cambios basados en advertencias de los recuadros de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso por adelantado de 30 días del cambio o darle un aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
 - Después de que usted recibe el aviso del cambio, debería estar trabajando con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubrimos.
 - O usted y su recetador pueden pedir al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca comercial para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones quejas)*).

Cambios en medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a personas actualmente tomando el medicamento: Para cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos arriba, si usted actualmente toma el medicamento, los siguientes cambios no lo afectarán hasta enero 1 del año siguiente, si usted permanece en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted está tomando, (pero no debido a una retirada del mercado, o el reemplazo de un medicamento genérico de un medicamento de marca comercial u otro cambio mencionado en las secciones de arriba), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta enero 1 del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni una restricción añadida a su uso del medicamento. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, en enero 1 del año siguiente, los cambios lo afectarán a usted, y es importante que consulte la Lista de medicamentos en año de beneficio nuevo para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene los medicamentos excluidos, usted debe pagarlos. Nosotros no pagaremos los medicamentos que están listados en esta sección. La única excepción: Si se constata, como resultado de la apelación, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido en la Parte D y que nosotros debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información de cómo apelar una decisión nuestra de no cubrir un medicamento, vea el Capítulo 9, Sección 6.5 de este manual).

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

Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan cubre un medicamento que sería cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso fuera de la etiqueta. “Uso fuera de la etiqueta” es cualquier uso del medicamento diferente al indicado en la etiqueta de un medicamento, conforme a lo aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos.

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

- Por lo general, la cobertura para “uso fuera de la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como el *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el *DRUGDEX Information System*. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de la etiqueta”.

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

- Medicamentos de venta libre (sin receta)
- Cuando los medicamentos se usan para promover la fertilidad
- Cuando los medicamentos se usan para el alivio de síntomas de la tos o resfríos
- Cuando los medicamentos se usan con propósitos estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas o productos minerales bajo receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos cuando se usan para tratar una disfunción sexual o impotencia
- Cuando los medicamentos se usan para tratar anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, cuyo fabricante requiere que las pruebas asociadas o servicios de control se le compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado podría cubrir algunos medicamentos bajo receta, que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Por favor contacte al programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede hallar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surte una receta

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, presente su tarjeta de membresía del plan en farmacia de la red que elija. Cuando presenta su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D

automáticamente facturará a nuestro plan la parte del costo del medicamento bajo receta cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué ocurre si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si usted no tiene la tarjeta de membresía con usted cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **tal vez deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Luego usted puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vea el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información de cómo pedirle al plan un reembolso).

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

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

Si usted es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, nosotros generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos bajo receta durante su estadía. Una vez que usted deja el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con las reglas de cobertura. Vea las partes anteriores de esta sección que detallan las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*) da más información de cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Por favor tenga en cuenta: Cuando usted ingresa, reside o se marcha de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período Especial de Inscripción. Durante este período de tiempo, usted puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Dada de baja del plan*, informa sobre cuándo puede dejar el plan e inscribirse en un plan diferente de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, 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 los residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, usted podría obtener sus medicamentos bajo receta a través de la farmacia del centro siempre que esta farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué ocurre si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se inscribe como nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o el medicamento está sujeto a determinadas restricciones, el plan le cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 34 días, o menos si su receta indica menos días. (Por favor note que la farmacia de atención a largo plazo (LTC) podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para prevenir sobrantes).

Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro para 34 días, o menos si su receta indica menos días.

Durante el tiempo que usted cuenta con un suministro temporal de un medicamento, usted debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Puede ser que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar de la misma forma para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento en la forma que usted quisiera que esté cubierto. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 informa qué hacer.

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

¿Tiene usted actualmente otra cobertura de medicamentos bajo receta a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados? Si es así, por favor comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos bajo receta con nuestro plan.

En general, si usted actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos bajo receta que usted recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial de “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados deben enviarle una notificación que diga si su cobertura de medicamentos bajo receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que usted tiene para cobertura de medicamentos. Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, eso significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare.

Guarde estas notificaciones acerca de cobertura acreditable, porque podría necesitarlas más adelante. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, podría necesitar estas notificaciones para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no recibió una notificación acerca de cobertura acreditable de su empleador o plan de grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o del plan de jubilados, de su empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y requiere un medicamento anti náuseas, laxante o analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso de su recetador o su proveedor de hospicio que el medicamento no está relacionado antes de nuestro plan cubra el medicamento. Para prevenir retrasos para recibir cualquier medicamento no relacionado que debe ser cubierto por nuestro plan, puede solicitar a su proveedor de hospicio o recetador para

asegurarse que tenemos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a su farmacia que surta su medicamento.

En caso en que usted canceló su elección de hospicio o está dado de alta del hospicio nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar su cancelación o dada de alta. Vea las partes previas a esta sección que informan las reglas para recibir cobertura de medicamentos bajo la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas acerca de seguridad de los medicamentos y manejo de medicaciones

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

Nosotros hacemos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a garantizar que reciban una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Nosotros hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, por ejemplo:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían ser inseguros o inadecuados por su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si las toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de las medicaciones, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a miembros a usar seguramente sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usan seguramente sus medicamentos opiáceos recetados y otros medicamentos que son frecuentemente abusados. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, podríamos hablar con sus doctores para asegurarnos que su uso de medicamentos opiáceos es apropiado y medicamento necesario. Al trabajar con sus doctores, si decidimos que su uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiazepinas no es seguro, podríamos limitar cómo usted obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de una farmacia en particular
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un doctor en particular
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si pensamos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta tendrá información que explica las limitaciones que pensamos que aplican a usted. Usted también tendrá la oportunidad de decirnos qué doctores y farmacias usted prefiere usar y cualquier otra información que piensa que es importante que nosotros tengamos. Después de que tuvo la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o usted está en desacuerdo de nuestra decisión de que corre riesgo del mal uso de medicamentos bajo receta o de la limitación, usted y su recetador tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Si usted elige apelar, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vea el Capítulo 9 para más información sobre cómo solicitar una apelación.

El DMP puede que no aplique a usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, si está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o de final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de la Terapia Medicinal (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicaciones

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de la Terapia Medicinal (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos podrían recibir estos servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán una revisión completa de todos sus medicamentos. Usted puede hablar de cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier otro problema o preguntas que tenga sobre sus medicamentos bajo receta y de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. Además, usted recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea tener la revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de "Bienestar", para que pueda hablar con su doctor sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su ID) en caso que vaya al hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adecua a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, por favor avísenos y le daremos de baja del programa. Si tiene cualquier pregunta acerca de estos programas, por favor contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	148
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	148
Sección 1.2	Tipos de costo de bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos	149
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que usted está cuando obtiene el medicamento	150
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de PHP?	150
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago usted está.....	151
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de Parte D” (la “EOB de Parte D”).....	151
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información de los pagos de sus medicamentos	152
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al 4	153
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos del nivel 1 al 4	153
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	154
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta	154
Sección 5.2	Un cuadro que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	155
Sección 5.3	Si su médico receta menos de un mes de suministro, usted podría no tener que pagar el costo del suministro de todo un mes.	156
Sección 5.4	Un cuadro que muestra sus costos para un suministro de <i>largo plazo</i> (90 días) de un medicamento	157

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

Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año lleguen a \$4,130.....	159
SECCIÓN 6	Durante la etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca comercial y paga como máximo el 25% de los costos de medicamentos genéricos.....	160
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que los costos de su bolsillo llegan a \$6,550.....	160
Sección 6.2	Cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo para los medicamentos bajo receta.....	160
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	163
Sección 7.1	Una vez que usted está en la etapa de cobertura catastrófica, usted permanece en esta etapa por el resto del año	163
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	163
Sección 8.1	Nuestro plan podría tener cobertura separada para la medicación misma de vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna	163
Sección 8.2	Es una buena idea llamar a Servicios para Miembros antes de obtener una vacunación.....	165

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

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente usted recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos para medicamentos bajo receta de la Parte D no aplica en su caso**. Le enviamos un folleto aparte llamado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos bajo receta” (también conocido como “Anexo para Subsidio por Bajos Recursos” o “Anexo LIS”), que le da información sobre cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pida el Anexo LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

<p>Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</p>
--

Este capítulo se concentra en lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D. Para ser breves, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a medicamento bajo 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 en la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, usted necesita saber lo esencial sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Estos materiales explican esta información básica:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para abreviar, hacemos referencia a la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos dice qué medicamentos usted tiene cubiertos.

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

- También dice en cuál de los cinco “niveles de costos compartidos” está el medicamento y si hay restricciones en su cobertura del medicamento.
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). También puede buscar en la Lista de medicamentos en nuestro sitio Web www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio Web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 da los detalles de su cobertura de medicamentos bajo receta, incluyendo las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también dice qué tipos de medicamentos bajo receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 5 para saber los detalles). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le informa qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro para largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta para un suministro de tres meses).

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

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, usted necesita saber sobre los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos. La suma que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras en que podría solicitársele que pague.

- El “**deducible**” es la suma que usted debe pagar por medicamentos antes de que su plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una suma fija cada vez que surta una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de PHP?

Como se muestra en el cuadro de abajo, hay “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de sus medicamentos bajo receta bajo PHP. Cuánto usted paga por un fármaco depende en qué etapa de estas usted está al momento de surtir o resurtir una receta.

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al 4.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos del nivel 1 al 4 (\$445 es el monto de su deducible de los niveles 1 al 4).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del nivel 1 al 4 y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después que usted (u otros en su nombre) han alcanzado el deducible del nivel 1 al 4, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del nivel 1 al 4 y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de sus</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca comercial (más una porción de la tarifa de farmacia) y 25% del precio por medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos de su bolsillo” del año a la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$6,550. Este monto y las reglas para contar los costos hacia este monto han sido fijadas por Medicare.</p> <p>(Detalles están en Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año (hasta diciembre 31, 2021).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).</p>

	<p>medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) totalizan \$4,130.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).</p>		
--	---	--	--

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago usted está

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de Parte D” (la “EOB de Parte D”)
--

Nuestro plan hace seguimiento de los costos de sus medicamentos bajo receta y de los pagos que ha realizado cuando le surten o resurten sus recetas en la farmacia. De esta manera, nosotros podemos decirle cuándo usted ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, hay dos tipos de costos a los que debemos dar seguimiento:

- Hacemos seguimiento de cuánto usted ha pagado. Esto se llama el costo **“de su bolsillo”**.
- Hacemos seguimiento de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo, u otros pagan en su nombre, más el monto que el plan pagó.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de Beneficios de Parte D* (a veces se usa la sigla “EOB de Parte D”) cuando a usted le hayan surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de Parte D provee más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con menos costo compartido que podrían estar disponibles. Usted debería consultar a su recetador sobre estas opciones de menor costo. Esto incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe da los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted pagó y otros pagaron en su nombre.

- **Totales para el año desde enero 1.** Esto se llama información “del año a la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos de porcentaje acumulativo para cada reclamación de medicamento recetado.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menos costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con un costo compartido menor para cada reclamación de medicamento recetado que podría estar disponible.

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

Para dar seguimiento a los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace por sus medicamentos, usamos registros que nos proporcionan las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información al día y correcta de esta manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando le surten una receta.** Para garantizar que sepamos las recetas que surte y lo que está pagando, presente su tarjeta de membresía cada vez que le surten una receta.
- **Asegúrese que tenemos la información que necesitamos.** Hay momentos en que usted podría pagar por sus medicamentos bajo receta cuando nosotros automáticamente no recibimos la información que necesitamos para hacer seguimiento de los costos de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer seguimiento de los costos de su bolsillo, usted puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan por un medicamento cubierto, usted puede pedirle a nuestro plan que paguemos la parte que nos corresponde del costo. Para tener instrucciones de cómo hacer esto, vea el Capítulo 7, Sección 2 de este manual). Estos son algunos tipos de situaciones en las que usted podría darnos copias de sus recibos de medicamentos, para que tengamos un registro completo de lo que usted pagó por sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos.

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

- Toda vez que usted haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no están en la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíennos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para los costos de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa de ayuda de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indio y la mayoría de las organizaciones de caridad se contabilizan para los costos de su bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos seguir el rastro de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de Beneficios de Parte D* (una EOB de Parte D) por correo, por favor lea el documento para estar seguro que la información esté completa y sea correcta. Si usted piensa que algo falta en el informe, o si tiene cualquier pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al 4

Sección 4.1 Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos del nivel 1 al 4

La etapa de deducible es la primera etapa de pago en la cobertura de sus medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$445 en medicamentos del nivel 1 al 4. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al 4** hasta llegar al monto del deducible del plan. Para todos los otros medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

- Su "**costo total**" es por lo general menor que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es el monto que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D antes que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que usted ha pagado \$445 por sus medicamentos del nivel 1 al 4, usted deja la etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos bajo receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de su coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde usted surte su receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es número del nivel del costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento.

- Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial con preferencia.
- Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial sin preferencia.
- Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos especializados.
- Nivel 5 de costo compartido incluye ciertos medicamentos de atención médica.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende de cómo obtiene el medicamento:

- De una farmacia que está en la red del plan
- De una farmacia que no está en la red del plan

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

Para obtener más información de las opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, vea el Capítulo 5 de este manual y el Directorio de Farmacias del plan.

Sección 5.2 Un cuadro que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento

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

- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en el cuadro de abajo, el monto del coseguro depende del nivel de costo compartido de su medicamento. Por favor tenga en cuenta:

- Cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en limitadas situaciones. Por favor vea la el Capítulo 5, Sección 2.5 para tener información de cuándo cubriremos si una receta se surte en una farmacia fuera de la red).

Su parte del costo cuando usted obtiene un suministro para un mes de un medicamento bajo receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido de farmacia estándar (en la red) (hasta suministro de 30 días)	Costo compartido de farmacia de centro de atención a largo plazo (LTC) (hasta suministro de 34 días)	Costo compartido de farmacia fuera de la red (cobertura limitada a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles) (hasta suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	15%	15%	15%
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca comercial con preferencia)	15%	15%	15%

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

	Costo compartido de farmacia estándar (en la red) (hasta suministro de 30 días)	Costo compartido de farmacia de centro de atención a largo plazo (LTC) (hasta suministro de 34 días)	Costo compartido de farmacia fuera de la red (cobertura limitada a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles) (hasta suministro de 30 días)
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca comercial sin preferencia)	25%	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25%	25%	25%
Nivel 5 de costo compartido (ciertos medicamentos de atención médica)	0%	0%	0%

Sección 5.3 Si su médico receta menos de un mes de suministro, usted podría no tener que pagar el costo del suministro de todo un mes.

Típicamente, la cantidad que usted paga por medicamentos bajo receta cubre el suministro de todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, si su médico puede recetar menos de un mes de suministro de medicamentos. Podría haber ocasiones cuando usted desea pedir a su médico que recete menos de un mes de suministro de un fármaco (por ejemplo, cuando usted está probando un medicamento por primera vez que tiene efectos colaterales severos). Si su doctor receta menos de todo un mes de suministro, usted no tendrá que pagar el suministro de todo un mes para ciertos medicamentos.

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

La cantidad que usted paga cuando recibe menos de un mes de suministro dependerá de si usted es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad de dólares fija).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta es por un mes entero de suministro o por menos días. Sin embargo, debido a que el costo de todo el medicamento será menor si usted recibe menos de un mes de suministro, la *cantidad* será menor.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que usted recibe. Nosotros calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la "tarifa diaria de costo compartido") y la multiplicamos por el número de días que usted recibe del medicamento.
 - Aquí hay un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por todo un mes de suministro (un suministro de 30 días) es \$30. Esto significa que la cantidad que usted paga por días por su medicamento es de \$1. Si usted recibe un suministro de 7 días de medicamento, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar por todo un mes de suministro. Usted puede además solicitar a su doctor que recete, y a su farmacéutico que surta, menos de un suministro de todo un mes de un medicamento o medicamentos, si esto lo ayudará a planear mejor sus fechas de surtido para diferentes recetas para tener que hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá de los días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos para un suministro de largo plazo (90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro de largo plazo (también se llama un "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro para 90 días. (Para conocer los detalles de dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 5, Sección 2.4).

El cuadro de abajo muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (90 días) de un medicamento.

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

Su parte del costo cuando usted obtiene un suministro *de largo plazo* de un medicamento bajo receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido de farmacia estándar (en la red) (suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	15%
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca con preferencia)	15%
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca comercial sin preferencia)	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25%
Nivel 5 de costo compartido (ciertos medicamentos de atención médica)	0%

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año lleguen a \$4,130

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total que paga por los medicamentos bajo receta que ha surtido y resurtido llegue al **límite de \$4,130 para la etapa de cobertura inicial.**

El costo total de sus medicamentos se basa en sumar lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Vea la Sección 6.2 para obtener más información de cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo). Esto incluye:
 - Los \$445 que usted pagó cuando estaba en la etapa de deducible.
 - El total que usted pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si usted estaba inscripto en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento en 2021, el monto que el plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también cuenta para los costos totales de sus medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de Parte D* (EOB de Parte D) que le enviamos lo ayudará a hacer el seguimiento de cuánto pagaron usted y el plan, además de terceros, por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si llega a este monto de \$4,130. Si usted llega a este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca comercial y paga como máximo el 25% de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que los costos de su bolsillo llegan a \$6,550

Cuando usted está en la etapa de brecha de cobertura, el Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare provee descuentos de fabricante en los medicamentos de marca comercial. Usted paga el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de farmacia para los medicamentos de marca comercial. Tanto el monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante contarán para los costos de su bolsillo como si usted los hubiera pagado, y tienen efecto en su pasaje a través de la etapa de brecha de cobertura.

Usted también recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga como máximo el 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pago por el plan (75%) no cuenta para los costos de su bolsillo. Solamente el monto que usted paga cuenta y tiene efecto en su pasaje a través de la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca comercial y como máximo el 25% de los costos de medicamentos genéricos, hasta que los pagos anuales de su bolsillo lleguen a un monto máximo que Medicare ha establecido. En 2021, ese monto es \$6,550.

Medicare tiene reglas de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de \$6,550 de su bolsillo, usted deja la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo para los medicamentos bajo receta

Estas son reglas de Medicare que debemos seguir cuando damos seguimiento a los costos de su bolsillo para el pago de sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en los costos de su bolsillo

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

Cuando suma los costos de su bolsillo, **usted puede incluir** los pagos listados abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siguió las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible.
 - La etapa de cobertura inicial.
 - La etapa de brecha de cobertura.
- Cualquier pago que hizo durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos bajo receta de Medicare, antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si hace esos pagos **usted mismo**, estos son incluidos en los costos de su bolsillo.
- Estos pagos también *son incluidos* si son hechos en su nombre por **determinadas personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, o por el Servicio de Salud Indio. Los pagos hechos por el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare también son incluidos.
- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca comercial está incluido. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pase a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) han gastado un total de \$6,550 en costos de su bolsillo dentro del mismo año, usted pasará de la etapa de brecha de cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de su bolsillo

Cuando suma los costos de su bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos bajo receta:

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

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

- Medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluyendo medicamentos bajo receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que hace por sus medicamentos bajo receta no normalmente cubiertos en un Plan de Medicamentos Bajo Receta de Medicare.
- Los pagos hechos por el plan por sus medicamentos de marca comercial o genéricos mientras está en la brecha de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que hacen los planes grupales de salud, que incluyen planes de seguro médico de empleadores.
- Pagos por sus medicamentos que han hecho determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que hace un tercero que tiene una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las listadas arriba, paga parte o el total de los costos de su bolsillo por medicamentos, usted debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la tapa de este manual).

¿Cómo puede usted hacer seguimiento de los pagos totales de su bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de Parte D* (EOB de Parte d) que le enviamos incluye el monto actual de costos de su bolsillo (la Sección 3 en este capítulo habla de este informe). Cuando usted llega a un total de \$6,550 en costos de su bolsillo para el año, este informe le dirá que usted ha dejado la etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 dice lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos y pagos estén completos y actualizados.

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

Sección 7.1 Una vez que usted está en la etapa de cobertura catastrófica, usted permanece en esta etapa por el resto del año

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de su bolsillo han llegado al límite de \$6,550 para el año. Una vez que usted está en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – o – un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como un genérico y un copago de \$9.20 para todos los otros 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 podría tener cobertura separada para la medicación misma de vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para un número de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede buscar información sobre cobertura de estas vacunas si ve el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la medicación misma para dar la vacuna**. La vacuna es una medicación bajo receta.

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

- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **darle a usted la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué usted se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de su cobertura para estas vacunas si va al Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede hallar estas vacunas listadas en la *Lista de medicamentos (Formulario)* del plan.
2. **El lugar donde usted recibe la vacuna.**
3. **Quién le da la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces cuando recibe una vacuna, usted deberá pagar el costo total de las dos partes: la medicación misma y el costo de la administración de la vacuna. Usted puede pedir a nuestro plan que le devolvamos nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando usted compra la medicación para la vacuna o le administran la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrar cómo esto funciona, estas son tres maneras en que usted podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluyendo su administración) durante las etapas de deducible y de brecha de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y es vacunado en una farmacia de la red. (La posibilidad de esta opción depende del lugar donde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna misma y el costo de darle a usted la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

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

- Cuando usted recibe la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y de su administración.
- Luego usted puede pedir a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde, usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos su coseguro normal por la vacuna (incluyendo la administración).

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna misma.
- Cuando su médico le da la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego usted puede pedir a nuestro plan que pague su parte del costo, usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual
- Se le reembolsará el monto que cobra el médico por administrar la vacuna.

Sección 8.2 Es una buena idea llamar a Servicios para Miembros antes de obtener una vacunación

Las reglas para cobertura de vacunaciones son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Recomendamos que primero nos llame al teléfono de Servicios para Miembros, siempre que planifica recibir una vacuna. (Los números de teléfono para Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener más económico su propio costo, usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si usted no puede usar un proveedor o farmacia de la red, podemos decirle lo que necesita hacer para que nosotros paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

***Solicitarnos que paguemos nuestra parte
de una factura que usted recibió por
servicios médicos o medicamentos
cubiertos***

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....168

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que nuestro plan debe pagar por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedirnos el pago168

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó o que paguemos una factura que usted recibió.....171

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....171

SECCIÓN 3 Nosotros consideraremos su solicitud de pago y diremos 'sí' o 'no' 172

Sección 3.1 Nosotros verificamos para ver si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos172

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o medicamentos, usted puede presentar una apelación172

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarnos copias173

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a dar seguimiento a costos de medicamentos que pagó de su bolsillo.....173

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

<p>Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que nuestro plan debe pagar por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedirnos el pago</p>
--

A veces cuando usted recibe atención médica u obtiene un medicamento bajo receta, tal vez deba pagar el costo total inmediatamente. En otros momentos, usted podría advertir que pagó más de lo que esperaba conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le devuelva (devolverle a menudo se llama 'reembolso'). Es su derecho que el plan le devuelva siempre que ha pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También podría haber ocasiones en que usted recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. En muchos casos, usted debería enviarnos esta factura a nosotros en vez de pagarla. Nosotros estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en los que usted podría necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando usted ha recibido atención de emergencia o tuvo necesidad urgente de atención y lo atendió un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, si el proveedor pertenece o no pertenece a nuestra red. Cuando usted recibe atención de emergencia o tiene necesidad urgente de servicios y lo atiende un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no la totalidad del costo. Usted debería pedir al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

- Si usted mismo paga el monto total en el momento que recibe atención, necesita pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- En determinados momentos, usted podría recibir una factura de un proveedor pidiéndole un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le adeuda algo, nosotros pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos lo que se le adeuda y le devolveremos nuestra parte del costo

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando usted recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, llamados "facturación del saldo". Esta protección (que usted no paga nunca más que su monto de costo compartido) aplica aun cuando nosotros le paguemos menos al proveedor que lo facturado por el proveedor por un servicio y aún si hay una disputa y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para más información sobre "facturación del saldo", vaya al Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nosotros contactaremos directamente al proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que usted adeudaba conforme a las reglas del plan.

3. Si usted está inscripto retroactivamente en nuestro plan

A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción podría incluso haber ocurrido el año pasado).

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si usted estuvo inscripto retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos.

Usted necesitará presentar documentación para que gestionemos el reembolso.

Por favor llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional de cómo pedirnos que le reembolsemos y las fechas límite para hacer su pedido.

(Los números de teléfono para Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, la farmacia podría no estar autorizada a presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando eso ocurre, usted deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en unas pocas situaciones especiales. Por favor, vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o busquen la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, tal vez usted deba pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

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

Usted podría pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*; o este podría estar sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o piensa que no debe aplicarse a usted. Si usted decide

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

obtener el medicamento inmediatamente, puede que deba pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos un pago que hizo. En algunas situaciones, nosotros podríamos necesitar más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservar en sus registros.

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

Attn: Member Services -DMR
PHP
P.O. Box 46160
Los Angeles, CA 90046

Usted también podría llamar a nuestro plan para pedir el pago. Para conocer los detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada 'Dónde enviarnos su solicitud de pago de nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que recibió.

Usted debe presentarnos su reclamo dentro de los seis meses de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Contacte Servicios para Miembros si tiene cualquier pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si usted no sabe lo que debería haber pagado, o si recibió facturas y no sabe qué hacer acerca de estas facturas, podemos

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

ayudar. También puede llamar si desea darnos más información de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Nosotros consideraremos su solicitud de pago y diremos 'sí' o 'no'

Sección 3.1 Nosotros verificamos para ver si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos
--

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

- Si decidimos que la atención médica o medicamentos están cubiertos y que usted siguió todas las reglas para obtener atención o medicamentos, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no pagó el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. (El Capítulo 5 explica las reglas que necesita seguir para obtener sus medicamentos cubiertos bajo receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o medicamentos *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, nosotros no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no enviamos el pago que solicita y sus derechos a apelar la decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o medicamentos, usted puede presentar una apelación
--

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si discrepa con el monto que estamos pagando, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, ello significa que está pidiéndonos que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para conocer los detalles de cómo presentar esta apelación, vea el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

fechas límite importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. Esta Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y da definiciones de términos como "apelación". Luego de leer la Sección 4, usted puede ir a la sección en el Capítulo 9 que dice qué hacer en su situación:

- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el pago de un servicio médico, vea la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación por una devolución del pago de un medicamento, vea la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a dar seguimiento a costos de medicamentos que pagó de su bolsillo

Hay algunas situaciones de las que debe informarnos cuando realiza pagos por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando de sus pagos para que podamos calcular los costos de su bolsillo correctamente. Esto podría ayudarlo a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Estas son dos situaciones en las que usted debería enviarnos copias de los recibos para informarnos de pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio inferior a nuestro precio

A veces cuando está en la etapa de deducible y en la etapa de brecha de cobertura, usted podría comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio menor que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial por el medicamento. O usted podría tener una tarjeta de descuento, fuera de nuestro beneficio, que ofrezca un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar los gastos de su bolsillo que cuentan para su calificación de la etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor tenga en cuenta:** Si usted está en la etapa de deducible y en la etapa de brecha de cobertura, nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos de este medicamento. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos de su bolsillo y podría ayudarlo a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia a pacientes, ofrecido por un fabricante de medicamentos, fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, usted podría pagar un copago al programa de asistencia a pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar los gastos de su bolsillo hacia su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor tenga en cuenta:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia a pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos del medicamento. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos de su bolsillo y podría ayudarlo a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no solicita pago en los dos casos descritos arriba, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si discrepa 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..177

Sección 1.1 Nosotros debemos darle información en una forma que le sirva (en otros idiomas, además del inglés, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).....177

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in large print, or other alternate formats, etc.)177

Sección 1.2 Nosotros debemos asegurar que usted obtenga acceso en tiempo y forma a sus servicios y medicamentos cubiertos.....178

Sección 1.3 Nosotros debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....179

Sección 1.4 Nosotros debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....180

Sección 1.5 Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relativas a su atención.....182

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....184

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si usted cree que es tratado injustamente o que sus derechos no se respetan?.....184

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos185

SECCIÓN 2 Usted tiene determinadas responsabilidades como miembro del plan186

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....186

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

<p>Sección 1.1 Nosotro debemos darle información en una forma que le sirva (en otros idiomas, además del inglés, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)</p>

Para recibir información de nosotros en una forma que le sirva, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Nuestro plan tiene personas disponibles y servicios gratuitos de intérprete para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proveerle materiales escritos redactados en español. También podemos darle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si los necesita. Nosotro tenemos la obligación de darle información de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Si tiene cualquier dificultad en obtener información de nuestro plan en un formato que es accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una reclamación con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Usted también puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de Cobertura* o con esta pieza de correo, o usted puede contactar a Servicios para Miembros para recibir información adicional.

<p>Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in large print, or other alternate formats, etc.)</p>
--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (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 also can provide you with written materials in

Spanish. We can also give you information 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 Member Services (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 Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). 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 Member Services for additional information.

<p>Sección 1.2 Nosotros debemos asegurar que usted obtenga acceso en tiempo y forma a sus servicios y medicamentos cubiertos</p>
--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan, para que brinde y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más de esto). Llame a Servicios para Miembros para saber qué médicos están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo), dentista y optometrista sin una derivación.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a tener citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *en un plazo razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir oportunamente los servicios de especialistas cuando necesite esa atención. Usted también tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas esperas.

Si piensa que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable de tiempo, el Capítulo 9, Sección 10 de este manual dice lo que usted puede hacer. (Si le hemos negado cobertura de atención médica o medicamentos, y usted discrepa con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 dice lo que puede hacer).

Sección 1.3 Nosotros debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal, como lo estipulan estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan y también su historia clínica y otra información médica y relativa a su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos vinculados con obtener información y el control de cómo se usa su información médica. Nosotros le enviamos una notificación, llamada "Notificación de Prácticas de Privacidad" que informa de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos que quienes no están autorizados no vean ni cambien su archivo.
- En la mayoría de las situaciones, si damos su información médica a alguien que no está brindándole atención ni pagando su atención, *tenemos la obligación de obtener permiso por escrito de usted primero*. El permiso por escrito puede darlo usted o alguien a quien usted le ha dado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay determinadas excepciones donde no se nos obliga a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o estipuladas por ley.
 - Por ejemplo, tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos obligación de darle a Medicare su información médica, incluyendo la información de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales.

Usted puede ver la información en su historia clínica y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica que el plan mantiene, y obtener una copia de su historia. Se nos permite cobrar una tarifa por hacer fotocopias. Usted también

tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deberían hacerse.

Usted tiene derecho a saber cómo su información médica se compartió con otras personas, para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Sección 1.4 Nosotro debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de PHP, usted tiene derecho a que le demos varios tipos de información. (Como se explica arriba en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le demos información en una forma que le sirva. Esto incluye tener la información en idiomas diferentes al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual):

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información de la situación financiera del plan. También incluye información del número de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones del desempeño del plan, incluyendo cómo los miembros del plan califican al plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información de los proveedores de nuestra red, incluyendo las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le demos información de las calificaciones de proveedores y farmacias en nuestra red y cómo pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, vea el *Directorio de Proveedores*.
 - Para obtener una lista de las farmacias en la red del plan, vea el *Directorio de Farmacias*.
 - Para obtener información detallada acerca de proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

la contratapa de este manual) o visitar nuestro sitio Web en www.php-ca.org/for-members.

- **Información de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando usa su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura, y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este manual más la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
- **Información de por qué algo no está cubierto y qué puede usted hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, usted puede pedirnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted está desconforme o si discrepa con una decisión que tomamos de qué atención médica o medicamento de la Parte D le cubrimos, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Usted puede pedirnos que cambiemos la decisión haciendo una apelación. Para conocer los detalles de qué hacer si algo no está cubierto para usted en la forma que piensa que debería cubrirse, vea el Capítulo 9 de este manual. Este capítulo le da los detalles de cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa cómo presentar una queja por la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento bajo receta de la Parte D, vea el Capítulo 7 de este manual.

<p>Sección 1.5 Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relativas a su atención</p>
--

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen de los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a que los miembros manejen sus medicaciones y usen los medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe de cualquier riesgo implicado en su atención. Se le debe informar por adelantado si cualquier atención o tratamiento médico propuestos es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta plena responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para la atención.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le ha negado atención que piensa que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual dice cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones de qué se hará si no es capaz de tomar decisiones médicas usted mismo

A veces las personas pueden perder la capacidad de tomar decisiones de su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si llega a estar en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones de atención médica por usted** si en algún momento queda incapacitado para tomar decisiones usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** de cómo quiere que los médicos manejen su atención médica si queda incapacitado para tomar decisiones.

Los documentos legales que usted puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**directivas anticipadas**". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para estas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea usar una "directiva anticipada" para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Consiga el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede pedir un formulario a su abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de insumos para oficinas. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que informan acerca de Medicare. **También puede contactar a Servicios para Miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).**
- **Complételo y fírmelo.** Cualquiera sea el lugar donde obtiene el formulario, recuerde que es un documento legal. Debería considerar que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debería dar una copia a su médico y a la persona que usted designe en el formulario como quien tomará decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También podría darles copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si usted sabe por adelantado que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- Si usted es admitido al hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si usted no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene copias disponibles y le preguntará si quiere firmar un formulario.

Recuerde, completar un formulario de directiva anticipada es optativo (incluyendo si quiere o no quiere firmar un formulario si está en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo basándose en si firmó o no firmó una directiva anticipada.

¿Qué ocurre si las instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada, y piensa que su médico o el hospital no siguieron las instrucciones en la directiva, puede presentar una queja ante la Junta Médica de California al (800) 633-2322. Los usuarios de TTY llamen al (916) 263-0935.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene cualquier problema o inquietud respecto a sus servicios cubiertos o su atención, el Capítulo 9 de este manual dice lo que puede hacer. Este capítulo da los detalles de cómo manejar todo tipo de problemas y quejas.

Lo que usted necesita hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar pedirle una decisión de cobertura a nuestro plan, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Cualquiera sea el paso que usted dé –pedir decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **nosotros tenemos la obligación de tratarlo con justicia.**

Usted tiene derecho a recibir un resumen con la información de las apelaciones y quejas que otros miembros presentaron contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si usted cree que es tratado injustamente o que sus derechos no se respetan?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado por motivo de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, usted debería llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Usted **puede contactar a Medicare** al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde usted puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio Web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene determinadas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se listan abajo. Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use este manual de Evidencia de Cobertura para saber lo que tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles de sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles de su cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.

- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos bajo receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** Por favor llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
 - Nosotros tenemos la obligación de seguir las reglas fijadas por Medicare para estar seguros que usted usa toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque involucra la coordinación de todos los beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan, con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información de la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 10).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica u obtenga medicamentos bajo receta de la Parte D.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo, dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y apórtelos la información que necesitan acerca de usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y cumpla las instrucciones que usted y sus médicos acuerdan.
 - Asegúrese que sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene cualquier pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicar las cosas de una forma comprensible para usted. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, pregunte otra vez.

- **Sea considerado.** *Nosotros esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe en una forma que ayude en funcionamiento eficaz del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.*

- **Pague lo que adeuda.** *Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:*
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir inscritos en el plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo de dinero) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 dice lo que usted debe pagar por sus medicamentos bajo receta de la Parte D.
 - Si obtiene servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo total.
 - Si usted discrepa con nuestra decisión de negarle cobertura para un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Por favor vea el Capítulo 9 de este manual para buscar información de cómo presentar una apelación.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si se le exige, usted debe pagar su penalidad por inscripción tardía.
- Si se le exige pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir inscripto en el plan.
- **Infórmenos si se muda.** *Si va a mudarse, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).*
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa acerca de nuestra área de servicio). Lo podemos ayudar a discernir si su nuevo domicilio estará fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, usted tendrá un Periodo de Inscripción Especial para poder inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Nosotros podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo de todas formas,** para mantener su archivo de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, es también importante informar al Seguro Social (o la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios). Usted puede hallar los números de teléfonos y la información de contacto en el Capítulo 2.
- **Llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** *Nosotros también recibimos con gusto cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono de Servicios para Miembros y los horarios en que puede llamar están impresos en la contratapa de este manual.
 - Para obtener más información de cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, por favor vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	193
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	193
Sección 1.2	¿Qué son los términos legales?.....	193
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectadas con nosotros.....	194
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	194
SECCIÓN 3	Para manejar su problema, ¿qué proceso debería usar?	195
Sección 3.1	¿Debe usted usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?	195
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....		196
SECCIÓN 4	Una guía para las cuestiones básicas de decisiones de cobertura y apelaciones.....	196
Sección 4.1	Pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión global ..	196
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	197
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo da detalles para su situación?.....	198
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación	199
Sección 5.1	Esta sección dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	199
Sección 5.2	Paso–a–paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o le dé la cobertura de atención médica que quiere).....	201
Sección 5.3	Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura médica que nuestro plan tomó)	206

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

Sección 5.4	Paso-a-paso: Cómo se hace una Apelación Nivel 2	210
Sección 5.5	¿Qué ocurre si usted nos pide que paguemos nuestra parte del costo de una factura que ha recibido por atención médica?	212
SECCIÓN 6	Sus medicamentos bajo receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	214
Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos lo que pagó por un medicamento de la Parte D.....	214
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	217
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	219
Sección 6.4	Paso-a-paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.....	220
Sección 6.5	Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que nuestro plan tomó).....	224
Sección 6.6	Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 2	228
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos más tiempo de estadía hospitalaria si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto.....	230
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare que habla de sus derechos.....	231
Sección 7.2	Paso-a-paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	233
Sección 7.3	Paso-a-paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	236
Sección 7.4	¿Qué pasa si usted pierde la fecha límite para presentar su Apelación Nivel 1?	238
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted piensa que su cobertura termina demasiado pronto	241
Sección 8.1	<i>Esta sección es acerca de tres servicios <u>solamente</u>: Atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada, y servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).....</i>	241

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

Sección 8.2	Le informaremos con anticipación la fecha que terminará su cobertura	242
Sección 8.3	Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 para que nuestro plan le cubra su atención durante más tiempo	243
Sección 8.4	Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 2 para que nuestro plan le cubra su atención durante más tiempo	246
Sección 8.5	¿Qué pasa si usted pierde la fecha límite para presentar su Apelación Nivel 1?	248
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3 y más adelante.....	252
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos.....	252
PRESENTAR QUEJAS.....		256
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja por la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes	256
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?	256
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una reclamación”	259
Sección 10.3	Paso–a–paso: Presentar una queja	259
Sección 10.4	Usted también puede presentar quejas acerca de la calidad de atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	261
Sección 10.5	Usted también puede informar a Medicare sobre su queja.....	261

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso de presentación de quejas**.

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y la gestión inmediata de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

¿Cuál de los dos procesos usa usted? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usted.

Sección 1.2 ¿Qué son los términos legales?

Hay términos técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son de uso común para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales usando palabras sencillas, en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en vez de “interponer una reclamación”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y Organización Independiente de Revisión” en vez de “Entidad Independiente de Revisión”. También usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando maneje su problema y a obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir un proceso para manejar un problema. Esto puede ser muy cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otros momentos, tal vez no tenga el conocimiento que necesita para ir al paso siguiente.

Obtener ayuda de una organización independiente del gobierno

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, usted también podría querer ayuda o asesoramiento de una persona que no esté conectada con nosotros. Siempre puede contactar a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)**. Este programa del gobierno tiene consejeros entrenados en cada estado. El programa no está conectado con nosotros, ni con una compañía de seguros, ni plan médico. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso usted debería usar para manejar un problema. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación de lo que puede hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Hallará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

Usted también puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, usted también puede contactar a Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debería usar?

Sección 3.1 ¿Debe usted usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue lo ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas respecto a si una atención médica específica o medicamentos bajo receta específicos están cubiertos o no lo están, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados al pago de la atención médica o los medicamentos bajo receta).

Sí. Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para las cuestiones básicas de decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para las cuestiones básicas de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión global

El proceso para decisiones de cobertura y asuntos de apelaciones sirve para gestionar problemas vinculados a sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos bajo receta, incluso problemas de pagos. Este es el proceso que usted usa, por ejemplo, para definir si algo está cubierto o no lo está, y la manera en que algo está cubierto.

Pedir decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe la atención médica de él/ella, o si su médico de la red lo deriva a un médico especialista. Usted o su doctor también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico específico o se niega a proveer la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que está cubierto de su atención y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto, o que dejó de estar cubierto por Medicare para usted. Si usted discrepa con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos, para

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

verificar si estábamos siguiendo todas las reglas adecuadamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, las cuales discutimos más adelante, usted puede solicitar una decisión acelerada o "decisión de cobertura rápida" o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos no a la totalidad o parte de su Apelación Nivel 1, usted puede pasar a la Apelación Nivel 2. La Apelación Nivel 2 es conducida por una Organización Independiente de Revisión que no está conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso automáticamente será enviado a la Organización Independiente de Revisión para una Apelación Nivel 2. En otras situaciones, usted necesitará pedir una Apelación Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión en la Apelación Nivel 2, tal vez pueda continuar atravesando niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Le gustaría tener ayuda? Estos son recursos que podría usar si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos al teléfono de Servicios para Miembros** (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este manual).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer un pedido por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos bajo receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación Nivel 1 en nombre suyo. Si su apelación es negada en el Nivel 1, se enviará automáticamente a Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para medicamentos de la Parte D, su doctor u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser designado como su representante.
- **Usted puede pedir a alguien que actúe en su nombre y representación.** Si lo desea, usted puede designar a otra persona que actúe en su lugar como su "representante", para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- Podría haber una persona que ya está legalmente autorizada para actuar como su representante conforme a la ley del estado.
- Si quiere que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario "Nombramiento de un Representante". (El formulario también está disponible en el sitio Web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms//CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.php-ca.org/for-members/appoint-rep). El formulario autoriza a que esa persona actúe en nombre suyo. Debe ser firmado por usted y por la persona que usted quisiera que actúe en su nombre y representación. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado como su representante.** Usted podría contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de la asociación local de abogados o de otro servicio de referencia. También hay grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no tiene obligación de contratar a un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, nosotros damos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos bajo receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos más tiempo de estadía hospitalaria si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted piensa que su cobertura termina demasiado pronto" (*Aplica a estos servicios solamente: atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada, y servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*).

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

Si aún no está seguro de la sección que debe usar, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa). Usted también puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno, por ejemplo, su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (Capítulo 2, Sección 3 de este manual tiene los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para las "cuestiones básicas" de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la leyó, tal vez desee leerlo antes de comenzar esta sección.

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

Esta sección trata acerca de sus beneficios para recibir atención médica y servicios médicos. Estos son los beneficios descritos en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, por lo general decimos "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en vez de repetir todo el tiempo "atención médica, o tratamiento médico o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos además de medicamentos de Medicare Parte B. En algunos casos, aplican reglas diferentes a una solicitud para un medicamento de Medicare Parte B. En dichos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de Medicare Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección informa lo que usted puede hacer si está en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no obtiene determinada atención médica que desea, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención médica que cree que deberían estar cubiertos en el plan, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos esa atención.

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

4. Usted ha recibido y pagado atención médica que usted considera que deben ser cubiertos por el plan, y quiere pedir a nuestro plan que le reembolse estos pagos.
5. Se le notifica que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo, que previamente aprobamos, será reducida o suspendida, y usted piensa que esta reducción o suspensión podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que va a suspenderse es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF),** usted debe leer una sección aparte de este capítulo porque hay reglas especiales que aplican a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
 - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedirnos que cubramos más tiempo de estadía hospitalaria de paciente hospitalizado si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted piensa que su cobertura termina demasiado pronto.* Esta sección es acerca de tres servicios solamente: atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada, y servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).
 - Para *todas las otras* situaciones donde le informan que la atención médica que está recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía para lo que debe hacer.

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que usted quiere	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vea la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pago	Usted puede presentar una apelación . (Esto significa que usted nos está pidiendo que reconsideremos). Vea la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere usted pedirnos que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó	Usted puede enviarnos la factura. Vea la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso-a-paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o le dé la cobertura de atención médica que quiere)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica atención médica, se llama una "**determinación de la organización**".

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura acerca de la atención médica que usted solicita. Si su salud exige una respuesta rápida, usted debe pedirnos una "**decisión de cobertura rápida**".

Términos legales

Una "decisión de cobertura rápida" se llama una "**determinación acelerada**".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que quiere

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

- Comience por llamar, escribir, o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o demos cobertura de la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para conocer los detalles de cómo contactarnos, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando usted pide una decisión de cobertura por su atención médica*.

Por lo general, usamos las fechas límite estándar para darle nuestra decisión

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después que recibimos su pedido **de un artículo o servicio médico**. Si su pedido es para un **medicamento bajo receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su pedido.

- **Sin embargo**, para un pedido **de un artículo o servicio médico, podemos tardarnos hasta 14 días calendario más** si usted solicita tiempo adicional o si necesitamos información que podría beneficiarlo (por ejemplo, historias clínicas de proveedores fuera de la red). Si decidimos usar los días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que *no* deberíamos usar los días adicionales, usted puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de usar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo exige, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas siguientes, si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B, responderemos dentro de las 24 horas.**

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

- **Sin embargo**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tardarnos hasta 14 días calendario más** si vemos que falta alguna información que podría beneficiarlo (por ejemplo, historias clínicas de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para conseguirnos información que revisaremos. Si decidimos usar los días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que *no* deberíamos usar los días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de usar días adicionales. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si pide cobertura de atención médica *que no ha recibido aún*. Usted no puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya recibió).
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *dañar seriamente su salud o perjudicar sus funciones*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo diga (y para ello usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le dirá que, si su médico pide una decisión de cobertura rápida, nosotros automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también dirá cómo usted puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar, en vez de la

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

decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Nosotros consideramos su solicitud de cobertura médica y le damos nuestra respuesta

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida para un pedido de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra decisión **dentro de las 72 horas**. Si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B, responderemos **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó arriba, nos puede llevar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos usar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
 - Si usted cree que *no* deberíamos usar los días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de usar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las siguientes 72 horas (o si hay un período de extensión, cuando termina ese período), o 24 horas si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 de abajo dice cómo presentar una apelación.
- **Si la respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una explicación detallada por escrito que explique por qué dijimos no.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar de una solicitud de artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un

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

medicamento bajo receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para una solicitud de un artículo o servicio médico, nos podría llevar hasta 14 días calendario más (“período de extensión”) en algunas circunstancias. Si decidimos usar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que *no* deberíamos usar los días adicionales, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de usar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período de extensión, cuando termina ese período) o 72 horas si su pedido es para un medicamento bajo receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 de abajo dice cómo presentar una apelación.
- **Si la respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación por escrito que explique por qué dijimos no.

Paso 3: Si decimos no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si nosotros decimos no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos –y tal vez cambiemos– esta decisión, presentando una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que usted quiere.
- Si decide presentar la apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (vea la Sección 5.3 que sigue).

Sección 5.3 Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura médica que nuestro plan tomó)
--

Términos legales

Una apelación al plan, por una decisión de cobertura de atención médica, se llama una “ reconsideración ” del plan.
--

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, usted debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben contactarnos.** Para conocer los detalles de cómo llegar a nosotros por cualquier motivo relacionado a su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica*.
- **Si usted pide una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.** También podría pedir una apelación si nos llama al número de teléfono que se da en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica*).
 - Si otra persona, que no sea su médico, apela nuestra decisión en nombre suyo, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para conseguir el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario “Nombramiento de Representante”. También está disponible en el sitio Web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.php-ca.org/for-members/appoint-rep). Si bien podemos aceptar un pedido de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su pedido de apelación (nuestro plazo máximo para tomar una decisión de su apelación), su solicitud de apelación será cancelada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso escrito explicando su

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

derecho de solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de denegar su apelación.

- **Si usted pide una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica*).
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días** que siguen a la fecha de la notificación escrita que enviamos con nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted pierde esta fecha límite y tiene una buena razón para perderla, explique la razón por la que su apelación es tarde cuando haga su apelación. Nosotros podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón para perder la fecha límite podrían incluir si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para presentar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información referida a su decisión médica y agregar más información que respalde su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información acerca de su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico podrían darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” (usted puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “ reconsideración acelerada ”.

- Si usted apela una decisión nuestra de cobertura de una atención que aún no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesitan una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para pedir una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan más arriba en esta sección).

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

- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, nosotros volvemos a estudiar cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos para ver si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos no a su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Podríamos contactarlo, a usted o a su médico, para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si usted solicita tiempo adicional, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más** si usted solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos usar los días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas (o al final del período de extensión si nos tomamos días adicionales), tenemos la obligación de automáticamente pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros debemos autorizar o dar la cobertura de atención médica que hemos aceptado dar, dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros enviaremos automáticamente su apelación a la Organización Independiente de Revisión, para una Apelación Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

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

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es por cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días** calendario después de que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si lo requiere su condición médica.
 - Sin embargo, si usted solicita tiempo adicional o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su pedido es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
 - Si usted cree que *no* deberíamos usar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de usar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, que incluye quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite aplicable de arriba (o al final del período de extensión si nos tomamos días adicionales para su solicitud de un artículo o servicio médico), tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros debemos autorizar o dar la cobertura de atención médica que hemos aceptado dar, dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros enviaremos automáticamente su apelación a la Organización Independiente de Revisión, para una Apelación Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan dice no a toda o parte de su apelación, su caso automáticamente será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

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

- Para garantizar que estamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos no a su apelación, **estamos a obligados a enviar su apelación a la “Organización Independiente de Revisión”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso-a-paso: Cómo se hace una Apelación Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación Nivel 1, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa nuestra decisión de la primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización Independiente de Revisión” es **“Entidad Independiente de Revisión”**. A veces se la llama **“IRE”**.

Paso 1: La Organización Independiente de Revisión revisa su apelación.

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para la función de Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.
- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su “archivo del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización Independiente de Revisión estudiarán cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación.

Si usted tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- Si usted hizo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización Independiente de Revisión necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tardarse hasta 14 días calendario más**. La Organización Independiente de Revisión no puede tomarse más tiempo si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.

Si usted tuvo una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización Independiente de Revisión necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tardarse hasta 14 días calendario más**. La Organización Independiente de Revisión no puede tomarse más tiempo si su solicitud es para un medicamento bajo receta de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión le da su respuesta.

La Organización Independiente de Revisión le comunicará su decisión por escrito y explicará las razones para esta.

- **Si la organización revisora dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas, o dar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización revisora para solicitudes estándares o dentro de las 72 horas a partir que nosotros recibimos la decisión de la organización revisora para solicitudes rápidas.
- **Si la organización revisora dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento bajo receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proveer el medicamento bajo receta de Medicare Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora para **solicitudes**

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

estándares o dentro de las 24 horas a partir de la fecha que recibimos la decisión de la organización revisora para **solicitudes rápidas**.

- **Si esta organización dice no a toda o parte de su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con nosotros que su solicitud (o parte de su solicitud) para cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").
 - Si la Organización Independiente de Revisión "confirma la decisión" usted tiene el derecho a una apelación en el Nivel 3. Sin embargo, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe cumplir un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación escrita que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le dirá cómo averiguar la cantidad en dólares para continuar el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después de su Apelación Nivel 2.
- La Apelación Nivel 3 es manejada por un juez de leyes administrativas o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

<h3>Sección 5.5 ¿Qué ocurre si usted nos pide que paguemos nuestra parte del costo de una factura que ha recibido por atención médica?</h3>
--

Si quiere pedir a nuestro plan el pago de su atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Solicítarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría pedir un reembolso o el pago de una factura que ha

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

recibido de un proveedor. También informa cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos que tomemos una decisión de cobertura

Si usted nos envía la documentación solicitándonos un reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (por más información de decisiones de cobertura, vea la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos para ver si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos para ver si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se exponen en el Capítulo 3 de este manual: *Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Diremos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O si usted no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* siguió todas las reglas, nosotros no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que diga que no pagaremos los servicios y las razones en detalle para ello. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que *no* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué ocurre si usted solicita el pago y nosotros decimos que no pagaremos?

Si usted discrepa con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, ello significa que está pidiéndonos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta solicitud, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso-a-paso. Cuando siga estas instrucciones, por favor tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días después de recibir su apelación. (Si usted nos pide que le

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

reembolsemos gastos de atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, a usted no se le permite pedir una apelación rápida).

- Si la Organización Independiente de Revisión revierte nuestra decisión de negar el pago, nosotros debemos enviar el pago que nos solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos bajo receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para las "cuestiones básicas" de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la leyó, es aconsejable que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos lo que pagó por un medicamento de la Parte D
--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos bajo receta. Por favor consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldada por ciertos libros de referencia). (Vea el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata acerca de los medicamentos de la Parte D solamente.** Para simplificar, por lo general decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir todo el tiempo "medicamentos bajo receta cubiertos para pacientes ambulatorios" o "medicamentos de la Parte D".
- Para conocer los detalles de lo que significa para nosotros medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos (Formulario)*, las reglas y restricciones en la cobertura e información de los costos, vea el Capítulo 5 (*Usar la cobertura del*

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

plan para sus medicamentos bajo receta de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se llama " determinación de cobertura ".

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Pedirnos que levantemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, los límites en la cantidad del medicamento que usted obtiene).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted satisface todas las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que tenga nuestra aprobación antes de darle cobertura).
 - *Por favor tenga en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse según lo que está escrito, su farmacia le dará una notificación escrita que le explique cómo contactarnos para pedir una decisión de cobertura.
- Usted nos pide que paguemos un medicamento bajo receta que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca de un pago.

Si usted discrepa con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación. Use el cuadro de abajo como ayuda para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos.	Usted puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la próxima sección de este capítulo, Sección 6.2 .
Si desea que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con cualquier regla o restricción del plan (como obtener permiso por adelantado) para el medicamento que necesita.	Usted puede pedirnos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le paguemos un medicamento que usted ya recibió o pagó.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un medicamento en la manera que usted desea que sea cubierto o pagado.	Usted puede hacer una apelación . (Esto significa pedirnos que reconsideremos nuestra decisión). Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma que usted quisiera que esté cubierto, puede pedir al plan que haga una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otro recetador necesitarán explicar las razones médicas por las que necesita aprobación de la excepción. Entonces nosotros consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden pedirnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan.** (Decimos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama solicitar una " excepción al formulario ".

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que aplica a los medicamentos en el Nivel 4 para medicamentos de marca comercial o en el Nivel 2 para medicamentos genéricos. Usted no puede pedir una excepción al monto del copago o el coseguro que exigimos que pague por el medicamento.

- 2. Remover una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas adicionales o restricciones que aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (por más información, vea el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar la remoción de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una " excepción al formulario ".

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

- Las reglas adicionales y restricciones a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Exigencia de usar la versión genérica* de un medicamento, en vez del medicamento de marca comercial.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se llama "autorización previa").
 - *Exigencia de probar un medicamento diferente* antes de que acordemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto se llama algunas veces "terapia progresiva").
 - *Límites en la cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad que usted puede llevar del medicamento.
- Si acordamos hacer una excepción y no exigimos la restricción para usted, puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo el número de nivel de costo compartido, usted pagará menos por su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio más bajo para un medicamento sin preferencia cubierto se llama a veces pedir una "excepción de nivel".

- Si nuestra lista de medicamentos contiene una droga alternativa para el tratamiento de su condición médica que está en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que aplica al medicamento alternativo. Esto podría reducir su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su condición.

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

- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca comercial, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad del costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de la marca comercial para el tratamiento de su condición.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca comercial o genéricas para el tratamiento de su condición.
- Usted no puede pedirnos el cambio del nivel de costo compartido si cualquier medicamento está en el nivel 4 (nivel de 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 usted no puede tomar, usted pagará generalmente la cantidad más baja.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para tener una decisión más rápida, incluya la información médica de su médico, u otro recetador, cuando solicita la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición específica. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si usted nos pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud para una excepción a menos que los medicamentos alternativos en el(los) nivel(es) de costo compartido más bajo(s) no trabajarán tan bien para usted o son probables de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación por lo general es válida hasta el fin del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga

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

recetándole el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.

- Si decimos no a su solicitud de una excepción, usted puede pedir una revisión de nuestra decisión, presentando una apelación. La Sección 6.5 dice cómo presentar una apelación si decimos no.

La siguiente sección le informa cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso-a-paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura acerca de medicamento(s) o el pago que usted necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, usted debe pedirnos una “decisión de cobertura rápida”. Usted no puede pedir una decisión de cobertura rápida si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir, o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro recetador) pueden hacer esto. Usted también puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para conocer los detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*. O si pide que le reembolsemos el pago de un medicamento, vea la sección: *Dónde enviarnos su solicitud de pago de nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico o alguien que actúa en su nombre y representación** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo dice cómo usted puede dar permiso escrito para que otra persona actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre y representación.
- **Si quiere pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos la documentación que

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

nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”.** Su médico u otro recetador deben darnos las razones médicas para la excepción en el medicamento que usted solicita. (Llamamos a esto “declaración de apoyo”). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También su médico u otro recetador pueden decirnos por teléfono y proseguir con el envío de una declaración escrita por fax o por correo, si es necesario. Vea las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario de Determinación de Cobertura del Modelo CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “ determinación de cobertura acelerada ”.

Si su salud lo exige, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- Cuando le comunicamos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas siguientes después que recibimos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si la solicitud es por *un medicamento que aún no recibió*. (Usted no puede pedir una decisión de cobertura rápida si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.)
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de las fechas límite estándar podría *dañar seriamente su salud o perjudicar sus funciones*.

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

- **Si su médico u otro recetador nos dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo diga (y en cambio usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le dirá que si su médico u otro recetador piden una decisión de cobertura rápida, nosotros automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Esta carta también dirá cómo usted puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar, en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le dice cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que usted tendría nuestra respuesta a su queja dentro de las siguientes 24 horas de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información del proceso de presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Nosotros consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las siguientes 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en la Apelación Nivel 2.

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

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros debemos dar la cobertura que hemos aceptado dar, dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación por escrito que explique por qué dijimos no. Además, le informaremos cómo usted puede apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que no ha recibido aún.

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en la Apelación Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que usted solicitó** –
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que hemos aceptado dar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si la respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación escrita que explique por qué dijimos no. Además, le informaremos cómo usted puede apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que usted ya compró.

- Nosotros debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en la Apelación Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, también tenemos la obligación de hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación escrita que explique por qué dijimos no. Además, le informaremos cómo usted puede apelar.

Paso 3: Si decimos no a su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a pedir una apelación. Pedir una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que nuestro plan tomó)

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama una “ redeterminación ” del plan.

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su Apelación Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, usted debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro recetador) deben contactarnos.**
 - Para conocer los detalles de cómo contactarnos por teléfono, fax o correo postal o en nuestro sitio web por cualquier motivo referente a su apelación,

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

vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando presenta una apelación por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*.

- **Si usted pide una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud por escrito.** También podría pedir una apelación si nos llama por teléfono al número que se da en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*).
- **Si pide una apelación rápida, usted podría presentar su apelación por escrito o podría llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo contactarnos cuando presenta una apelación por sus medicamentos bajo receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario de Determinación de Cobertura del Modelo CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** siguientes a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted pierde esta fecha límite y tiene una buena razón para perderla, nosotros podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón para perder la fecha límite podrían incluir si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para presentar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información referida a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador podrían darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una "redeterminación acelerada".

Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida"

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

- Si usted apela una decisión que tomó nuestro plan acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nosotros revisamos su apelación, volvemos a estudiar cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos para ver si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos no a su solicitud. Podríamos contactarlo, a usted, a su médico u otro recetador, para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros debemos dar la cobertura de atención médica que hemos aceptado dar, dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si la respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación escrita que explique por qué dijimos no y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días** después de recibir su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el

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

medicamento y su condición médica nos lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería pedir una “apelación rápida”.

- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, hablamos de acerca de esta organización revisora y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que usted solicitó –**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que hemos aceptado dar con la rapidez que su salud exija, pero **no más de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación por escrito que explique por qué dijimos no y cómo usted puede apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos que sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, estamos también obligados a pagar a usted dentro de los 30 días calendario después que recibimos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros le enviaremos una comunicación por escrito que explique por qué dijimos no. Además, le informaremos cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

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

- Si decimos no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (vea abajo).

Sección 6.6 Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 2

Si decimos no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación. Si usted decide pasar a la Apelación Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales

El nombre formal para la "Organización Independiente de Revisión" es "**Entidad Independiente de Revisión**". A veces se la llama "**IRE**".

Paso 1: Para hacer una Apelación Nivel 2, usted (o su representante o doctor u otro recetador) debe contactar a la Organización Independiente de Revisión y pedirles que revisen su caso.

- Si decimos no a su Apelación Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones de cómo presentar una Apelación Nivel 2** ante la Organización Independiente de Revisión. Estas instrucciones dirán quién puede presentar esta Apelación Nivel 2, qué fechas límite usted debe respetar y cómo llegar a la organización revisora.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización Independiente de Revisión, nosotros enviaremos la información que tenemos de su apelación a esta organización. Esta información se llama su "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una

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

compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de sus beneficios de la Parte D provistos por nosotros.

- Los revisores en la Organización Independiente de Revisión estudiarán cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará las razones para esta.

Fechas límite para la “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización Independiente de Revisión.
- Si la organización revisora acepta darle una “apelación rápida”, esta organización debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después que recibe su solicitud de apelación.
- **Si la Organización Independiente de Revisión dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos darle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** después que recibimos la decisión de la organización revisora.

Fechas límite para la “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después que recibe su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta de su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario después que recibe su solicitud.
- **Si la Organización Independiente de Revisión dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud –**
 - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba una solicitud de cobertura, debemos dar la **cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
 - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba una solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días** después que recibimos la decisión de la organización revisora.

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

¿Qué ocurre si la organización revisora dice 'no' a su apelación?

Si esta organización dice no a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización Independiente de Revisión "confirma su decisión", usted tiene derecho a una Apelación en el Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita debe ser un monto mínimo preestablecido. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación que recibe de la Organización de Revisión Independiente le dirá el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo hacerlo están en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación Nivel 3 es manejada por un juez de leyes administrativas o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos más tiempo de estadía hospitalaria si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Por más información de nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluyendo cualquier limitación a esta cobertura, vea el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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

Durante su estadía hospitalaria, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que usted deja el hospital (alta hospitalaria). También ayudarán a coordinar la atención que usted pueda necesitar después del alta.

- El día que usted se va del hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Cuando su fecha de alta ha sido decidida, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si usted piensa que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir más tiempo de estadía hospitalaria y su solicitud será considerada. Esta sección le informa cómo pedir.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare que habla de sus derechos

Durante su estadía en el hospital, se le dará una notificación escrita llamada *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de esta notificación siempre que son admitidas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social de caso o enfermero) debe dársela en un plazo de dos días después de ser admitido al hospital. Si usted no recibe la notificación, pídasela cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea cuidadosamente esta notificación y haga preguntas si no comprende lo que dice.** Le informa acerca de sus derechos como paciente hospitalizado, incluyendo:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare, durante y después de su estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará su costo, y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión relacionada a su estadía en el hospital, y su derecho a saber quién pagará el costo de la estadía.

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

- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga por la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si piensa que le están dando el alta demasiado pronto.

Términos legales
La notificación escrita de Medicare le informa cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir que su fecha de alta se retrase, y como consecuencia que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 de abajo le dice cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Se le pedirá a usted que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúa en su nombre y representación se le pedirá que firme la notificación. (La Sección 4 de este capítulo dice cómo usted puede dar permiso por escrito para que otra persona actúe como su representante).
- Firmar la notificación demuestra *solamente* que usted ha recibido la información acerca de sus derechos. La notificación no le dice su fecha de alta (su médico o personal del hospital le dirán su fecha de alta). Firmar la notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación así tendrá a mano la información de cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud de la calidad de la atención) si la necesita.

- Si usted firma la notificación antes de 2 días de la fecha que deja el hospital, recibirá otra copia antes del alta programada.
- Para mirar una copia de esta notificación con anticipación, usted puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o a 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso–a–paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere pedir que cubramos sus servicios en el hospital para paciente hospitalizado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para hacer este pedido. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada uno de los pasos en los dos primeros niveles del proceso de apelación se explican abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con las fechas límite que aplican a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta organización controla si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado para pedir una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Usted debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica empleados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es paga por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare.

¿Cómo puede usted contactar a esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le dice cómo acceder a esta organización. (O busque el nombre,

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

dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y **a no más tardar de la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que deje el hospital).
 - Si cumple con esta fecha límite, usted está autorizado a permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera la decisión de su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con esta fecha límite, y decide permanecer en el hospital después de la fecha programada del alta, *tal vez usted deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta programada.
- Si usted pierde la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, usted debe hacer una apelación directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles de esta otra manera de presentar su apelación, vea la Sección 7.4.

Pida una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su fecha de alta. Pedir una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que use las fechas límite “rápidas” para una apelación, en vez de usar las fechas límite estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata” o una “revisión acelerada” .

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una **revisión independiente de su caso**.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

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

- Profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Los revisores también estudiarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán información que el hospital y nosotros les dimos.
- Al mediodía del día después que los revisores nos informan de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita que diga su fecha de alta programada y explique en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente adecuado) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se llama “**Notificación detallada del alta**”. Usted puede obtener un ejemplo de esta notificación si llama a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la portada posterior de este manual) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un ejemplo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En el correr de un día completo, después de contar con toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es ‘sí’?

- Si la organización revisora dice *sí* a su apelación, **nosotros debemos seguir dándole servicios cubiertos de paciente hospitalizado siempre y cuando estos servicios sean médicamente necesarios.**

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

- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo los deducibles o los copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en sus servicios cubiertos de atención hospitalaria. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si la respuesta es 'no'?

- Si la organización revisora dice no a su apelación, con eso dice que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios de atención hospitalaria para paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *después* que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización revisora dice *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **puede que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso-a-paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces usted puede presentar una Apelación Nivel 2. Durante una Apelación Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que estudie la decisión que tomaron con su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación Nivel 2, puede que usted deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha planificada de su alta.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

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

Paso 1: Usted contacta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo *no* a su Apelación Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha que la cobertura de su atención terminó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad estudiarán de nuevo cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario del recibo de su solicitud para una segunda revisión, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirá en cuanto a su apelación y le comunicará a usted la decisión.

Si la organización revisora dice 'sí':

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Nosotros debemos seguir dando cobertura para su atención hospitalaria para paciente hospitalizado siempre y cuando sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicarse limitaciones a la cobertura.

Si la organización revisora dice 'no':

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación Nivel 1 y que no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- La notificación que recibe le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que pasa a manos de un juez de leyes administrativas o un abogado mediador.

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

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación hacia el Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de leyes administrativas o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo informa más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué pasa si usted pierde la fecha límite para presentar su Apelación Nivel 1?

Usted puede apelar a nosotros en cambio

Como se explicó arriba en la Sección 7.2, usted debe actuar rápidamente para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar la primera apelación de su alta hospitalaria (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y no más tarde de su fecha de alta programada, lo que ocurra primero). Si usted pierde la fecha límite para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 Alternativa

Si pierde la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Contactarnos y pedir una “revisión rápida”.

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

- Para conocer detalles de cómo contactarnos, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” y no las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Nosotros hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada, y controlamos si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, nosotros analizamos toda la información de su estadía hospitalaria. Nosotros controlamos si la fecha planificada de su alta fue médicamente adecuada. Controlaremos para ver si la decisión de la fecha en la que debía dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite estándar para darle a usted la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después que usted pide una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos sí a su apelación rápida**, significa que hemos acordado con usted que usted aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para paciente hospitalizado siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si decimos no a su apelación rápida**, así expresamos que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para paciente hospitalizado termina a partir del día que dijimos que la cobertura finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha planificada para su alta, entonces **puede que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha planificada para su alta.

Paso 4: Si decimos no a su apelación rápida, su caso automáticamente será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

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

- Para garantizar que estamos siguiendo todas las reglas cuando decimos no a su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización Independiente de Revisión”**. Cuando lo hacemos, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 2 Alternativa

Durante la Apelación Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos no a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización Independiente de Revisión” es “ Entidad Independiente de Revisión ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso 1: Nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Organización Independiente de Revisión.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su Apelación Nivel 2 a la Organización Independiente de Revisión en un plazo de 24 horas después de informarle que decimos no a su primera apelación. (Si usted piensa que no cumplimos con esta fecha límite, u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las siguientes 72 horas.

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para la función de Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.
- Los revisores en la Organización Independiente de Revisión estudiarán cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización dice sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. También debemos seguir con la cobertura del

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

plan de sus servicios de paciente hospitalizado siempre y cuando sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto reembolsamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización dice *no* a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha planificada para su alta hospitalaria era médicamente adecuada.
 - La notificación que recibe de la Organización Independiente de Revisión le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar a la Apelación Nivel 3, que pasa a manos de un juez de leyes administrativas o abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión rechaza su apelación, usted elige si quiere llevar su apelación a los pasos siguientes.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores dicen no a su Apelación Nivel 2, usted decide si aceptará esa decisión o si pasará al Nivel 3 y hará una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted piensa que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección es acerca de tres servicios solamente: Atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada, y servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*

Esta sección es acerca de los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted recibe.
- **Atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que se

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

considere "centro de enfermería especializada" vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- **Atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF). Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información de este tipo de centro, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre y cuando la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información de sus servicios cubiertos, incluidos su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que corresponda, vea el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando nosotros decidimos que es momento de suspender la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, tenemos la obligación de comunicárselo por adelantado. Cuando su cobertura de esa atención termina, *nosotros dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si usted piensa que terminamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación la fecha que terminará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación escrita.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su atención, usted recibirá una notificación.
 - La notificación escrita le dice la fecha en que nosotros suspenderemos la cobertura de su atención.
 - La notificación escrita también dice lo que usted puede hacer si quiere pedir que nuestro plan cambie esta decisión de la fecha que terminará la cobertura, y que continúe cubriendo la atención durante un período más largo de tiempo.

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

Términos legales

Al informarle lo que usted puede hacer, la notificación escrita le dice cómo usted puede pedir una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura de cuándo suspender su cobertura. (La Sección 7.3 de abajo dice cómo usted puede solicitar una apelación rápida).

La notificación escrita se llama **“Notificación de No Cobertura de Medicare”**. Usted puede obtener un ejemplo de esta notificación si llama a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al teléfono 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 vea una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. Se le pedirá a usted que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.

- Se le pedirá a usted o alguien que actúa en su nombre y representación que firme la notificación. (La Sección 4 dice cómo usted puede dar permiso por escrito para que otra persona actúe como su representante).
- Firmar la notificación demuestra *únicamente* que usted ha sido informado de la fecha en que se suspenderá su cobertura. **Firmar la notificación no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la cobertura de atención.

Sección 8.3 Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 para que nuestro plan le cubra su atención durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención por un período más largo de tiempo, deberá usar el proceso de apelación para hacer este pedido. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

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

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con las fechas límites que aplican a lo que usted debe hacer. También hay fechas límites que nuestro plan debe cumplir. (Si usted piensa que no cumplimos con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Si usted solicita una Apelación Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiará la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación Nivel 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y pida una revisión. Usted debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica empleados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos controlan la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto a la fecha de suspensión de la cobertura de determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puede usted contactar a esta organización?

- La notificación escrita que recibió le informa cómo llegar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual).

¿Qué debería usted pedir?

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

- Pida a esta organización "una apelación acelerada" (que haga una revisión independiente) si es médicamente adecuado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación *para el mediodía del día antes de la fecha de vigencia de la Notificación de falta de cobertura de Medicare.*
- Si usted pierde la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea hacer una apelación, usted debe hacer una apelación directamente a nosotros. Para conocer los detalles de esta otra manera de presentar su apelación, vea la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- La organización revisora también estudiará su información médica, hablará con su médico, y revisará información que nuestro plan le proporcionó.
- Al final del día en que los revisores nos informan de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita de nosotros que explica en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama " Explicación detallada de no cobertura ".

Paso 3: En el plazo de un día completo, después de contar con toda la información necesaria, los revisores le comunicarán la decisión.

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

¿Qué ocurre si los revisores dicen 'sí' a su apelación?

- Si los revisores dicen sí a su apelación, entonces **nosotros debemos seguir dándole sus servicios cubiertos siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, los deducibles o los copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones a sus servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si los revisores dicen 'no' a su apelación?

- Si los revisores dicen no a su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le dijimos.** Nosotros suspenderemos el pago de nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si usted decide seguir recibiendo la atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha que su cobertura termina, entonces **deberá pagar el costo total de la atención**, que correrá por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- La primera apelación que usted hace es “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores dicen no a su Apelación Nivel 1 **–y** usted elige continuar recibiendo atención después que terminó su cobertura de atención– entonces usted puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

<h3>Sección 8.4 Paso–a–paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 2 para que nuestro plan le cubra su atención durante más tiempo</h3>

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige seguir recibiendo atención después que terminó su cobertura de atención, entonces usted puede presentar una Apelación Nivel 2. Durante una Apelación Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que estudie la

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

decisión que tomaron con su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación Nivel 2, tal vez usted tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada, o Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted contacta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** que siguen al día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo *no* a su Apelación Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha que la cobertura de su atención terminó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad estudiarán de nuevo cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirá en cuanto a su apelación y le comunicará a usted la decisión.

¿Qué ocurre si la organización revisora dice 'sí' a su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que dijimos que su cobertura finalizaría. **Nosotros debemos seguir dando cobertura** para su atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización revisora dice no?

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación Nivel 1 y que no la cambiarán.

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

- La notificación que usted reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que pasa a manos de un juez de leyes administrativas o abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, en un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si se mueve al Nivel 3 para presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de leyes administrativas o abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo informa más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué pasa si usted pierde la fecha límite para presentar su Apelación Nivel 1?

Como alternativa, usted puede hacer una apelación a nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 8.3, usted debe actuar rápidamente para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted pierde la fecha límite para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso-a-paso: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 Alternativa

Si pierde la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación Nivel 1 alternativa:

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

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama "apelación acelerada".

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- Para conocer detalles de cómo contactarnos, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando usted presenta una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando las fechas límite "rápidas" y no las fechas límite "estándar".

Paso 2: Nosotros hacemos una revisión "rápida" de nuestra decisión de la fecha en que terminaríamos la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, nosotros estudiamos nuevamente toda la información de su caso. Nosotros verificamos para ver si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Nosotros usaremos las fechas límite "rápidas" en vez de las fechas límite estándar para darle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después que usted pide una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos dando sus servicios cubiertos siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que dijimos que debía terminar su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si decimos no a su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

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

- Si usted decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total de la atención** que correrá por su cuenta.

Paso 4: Si decimos *no* a su apelación rápida, su caso *automáticamente* irá al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para garantizar que estamos siguiendo todas las reglas cuando decimos *no* a su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización Independiente de Revisión”**. Cuando lo hacemos, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso-a-paso: Proceso de Apelación Nivel 2 *Alternativa*

Durante la Apelación Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos *no* a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización Independiente de Revisión” es “ Entidad Independiente de Revisión ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso 1: Nosotros *automáticamente* enviaremos su caso a la Organización Independiente de Revisión.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su Apelación Nivel 2 a la Organización Independiente de Revisión dentro de las 24 horas después de informarle que decimos *no* a su primera apelación. (Si usted piensa que no cumplimos con esta fecha límite, u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las siguientes 72 horas.

- **La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada

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

con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para la función de Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.

- Los revisores en la Organización Independiente de Revisión estudiarán cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación.
- **Si esta organización dice sí a su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que dijimos que su cobertura terminaría. Nosotros también debemos seguir brindando cobertura para su atención siempre y cuando esta sea médicamente necesaria. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto reembolsamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan en su primera apelación y no la cambiarán.
 - La notificación que usted reciba de la Organización Independiente de Revisión le dirá por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo pasar a la Apelación Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión rechaza su apelación, usted elige si quiere llevar su apelación a los pasos siguientes.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, en un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen no a su Apelación Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de leyes administrativas o abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más adelante

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha hecho una Apelación Nivel 1 y una Apelación Nivel 2, y las dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico por el que usted apela cumple con determinados niveles mínimos, usted podría pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su Apelación Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una Apelación Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera muy similar. Estas son las personas que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Leyes Administrativas) o abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Leyes Administrativas o abogado mediador dice sí a su apelación, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado*** – Nosotros decidiremos si apelar o no apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización Independiente de Revisión), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de leyes administrativas o abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, nosotros le enviaremos una copia del pedido de Apelación Nivel 4 con todos los documentos pertinentes. Nosotros podríamos esperar la decisión de la Apelación Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.

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

- **Si el Juez de Leyes Administrativas o abogado mediador dice no a su apelación, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación está terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de leyes administrativas o abogado mediador dice no a su apelación, la notificación que usted recibe le dice qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestro pedido de revisar una decisión favorable de Apelación Nivel 3, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado*** – Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización Independiente de Revisión), 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, nosotros debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega el pedido de revisión, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación está terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice no a su apelación, la notificación que usted obtiene le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación Nivel 5. Si las reglas permiten que siga adelante, la notificación escrita también le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

Apelación Nivel 5: Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha hecho una Apelación Nivel 1 y una Apelación Nivel 2, y las dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted apela cumple con un cierto monto de dólares, usted podría pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, usted no puede seguir apelando. La respuesta escrita que recibe a su Apelación Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una Apelación Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera muy similar. Estas son las personas que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Leyes Administrativas) o abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación está terminado.** Lo que usted pidió en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proveer la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de Leyes Administrativas o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación podría haber terminado o podría no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación está terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de leyes administrativas o abogado mediador dice no a su apelación, la notificación que recibe le dice qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

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

Apelación Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Medicare es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es sí, el proceso de apelación está terminado. Lo que usted pidió en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proveer la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación está terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice no a su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, la notificación que recibe le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación Nivel 5. Si las reglas permiten que siga adelante, la notificación escrita también le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación Nivel 5: Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja por la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes



Si su problema se trata de decisiones vinculadas a beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, usted necesita usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vea la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas vinculados a la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

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

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, usted puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está usted descontento con la calidad de atención que ha recibido (incluyendo atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree usted que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información acerca de usted que usted siente que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?• ¿Está usted descontento de cómo lo trataron en Servicios para Miembros?• ¿Siente usted que la situación lo estimula a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene usted dificultades para conseguir una cita, o debe esperar demasiado para tener una cita?• ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O Servicios para Miembros, u otro personal del plan?• Los ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en las salas de espera, cuando surte una receta o en la sala de examen.•
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está usted desconforme con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

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

La información que obtiene de nosotros

- ¿Cree usted que no le hemos dado una notificación que tenemos la obligación de dar?
- ¿Piensa usted que la información escrita que le hemos dado es difícil de comprender?

Diligencia y Prontitud

(Todos estos tipos de quejas tienen que ver con la diligencia y prontitud de nuestras acciones relacionadas a las decisiones de cobertura y apelaciones)

El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted pide una decisión de cobertura o presenta una apelación, usted usa ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si usted ya pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que nosotros no estamos respondiendo con la suficiente celeridad, también puede presentar una queja de nuestra lentitud. Estos son ejemplos:

- Si usted nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y hemos dicho que no, puede presentar una queja.
- Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos comunica que debemos cubrirle o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos, hay fechas límite que aplican. Si usted piensa que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar una queja.
- Cuando nosotros no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de pasar su caso a la Organización Independiente de Revisión. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite obligatoria, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una reclamación”

Términos legales

- Lo que esta sección llama “**queja**” también se llama “**reclamación**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer una reclamación**”.
- Otra manera de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**usar el proceso de interponer una reclamación**”.

Sección 10.3 Paso-a-paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos a la brevedad, por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay otra cosa que usted debe hacer, Servicios para Miembros se lo comunicará. Llame al teléfono (800) 263-0067 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Los usuarios de TTY llamen al 711.
- **Si usted no quiere llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentar una queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- El proceso de quejas funciona de esta manera:
 - Cuando recibimos su queja, por escrito o por teléfono, la ingresaremos en nuestro sistema de quejas y le enviamos una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco (5) días calendario.
 - Como máximo a los 30 días calendario a partir de la fecha que recibimos su queja, usted recibirá una carta de nosotros que diga lo que hicimos para resolver su queja.
 - Si necesitamos más tiempo para investigar o resolver su queja para su beneficio, le enviaremos una carta que diga que necesitamos hasta 14 días calendario más para resolver su queja. Al final del período de extensión de 14 días, le enviaremos una carta que explique lo que hicimos para resolver su queja.
 - Si usted presenta una queja porque decidimos no procesar una decisión de cobertura o apelación usando los plazos “rápidos” como solicitó,

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

procesaremos su queja usando nuestros plazos “rápidos”. Para este tipo de queja, usted debe llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este manual) para presentar su queja.

También puede presentarnos su queja por fax al (888) 235-8552 o por email a php@positivehealthcare.org.

- **Si usted llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después que tuvo el problema que motiva la queja.
- **Si presenta una queja porque negamos su pedido de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente procesaremos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, ello significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que esta sección llama una “queja rápida” también se llama “reclamación acelerada”.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada de teléfono. Si su condición de salud nos exige que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas son respondidas dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, nos podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si nosotros discrepamos** con alguna parte de su queja, o toda su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema del que se queja, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no lo estamos.

Sección 10.4 Usted también puede presentar quejas acerca de la calidad de atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Usted puede presentar su queja por la calidad de la atención que recibió, usando el proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja se trata de *calidad de atención*, usted también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja por la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica empleados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención dada a pacientes con Medicare.
 - Para hallar el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado, busque en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual). Si presenta una queja ante esta organización, nosotros trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante las dos organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, nos puede presentar su queja por la calidad de la atención y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 Usted también puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede presentar una queja sobre PHP directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes o si siente que el plan no está respondiendo a su problema, por favor llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	264
Sección 1.1	Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan.....	264
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted darse de baja de nuestro plan?.....	264
Sección 2.1	Usted puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual ...	264
Sección 2.2	Usted puede darse de baja durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage	265
Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede darse de baja durante un Período de Inscripción Especial.....	266
Sección 2.4	¿Dónde puede usted obtener más información de cuándo puede darse de baja?	268
SECCIÓN 3	¿Cómo puede usted darse de baja de nuestro plan?.....	268
Sección 3.1	Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan	268
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía termine, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	271
Sección 4.1	Hasta que su membresía termine, usted sigue siendo miembro del plan	271
SECCIÓN 5	PHP debe darlo de baja del plan en determinadas situaciones.....	271
Sección 5.1	¿Cuándo debemos nosotros darlo de baja del plan?	271
Sección 5.2	Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud, a menos que ya no tenga una condición médica requerida para la inscripción en PHP	273
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si nosotros le damos de baja del plan.....	273

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan

La terminación de la membresía en PHP puede ser **voluntaria** (es su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted puede abandonar nuestro plan (darse de baja) porque *así lo decidió*.
 - Solamente en ciertos momentos del año, o situaciones, usted puede darse de baja voluntariamente de nuestro plan. La Sección 2 le dice *en qué momentos* usted puede darse de baja del plan.
 - El proceso para darse de baja voluntariamente varía según el tipo de cobertura nueva que usted elija. La Sección 3 dice *cómo* darse de baja del plan en cada situación.
- También hay situaciones limitadas donde usted no elige abandonar el plan, sino que nosotros tenemos obligación de darlo de baja. La Sección 5 le informa las situaciones en las que debemos darlo de baja.

Si usted abandonará nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que su baja sea efectiva.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted darse de baja de nuestro plan?

Usted podría darse de baja de nuestro plan solo en ciertos momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también podría ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual
--

Usted puede darse de baja durante el **Período de Inscripción Anual** (que también se conoce como “Período de Inscripción Abierta Anual”) Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el año entrante.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto ocurre de octubre 15 a diciembre 7.
 - **¿A qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Usted puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año entrante. Si usted decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos bajo receta o uno que no cubra medicamentos bajo receta).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo receta:** Si usted se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado específicamente por no tener inscripción automática.
- Nota:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos bajo receta por 63 días continuos o más, tal vez deba pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa la cobertura que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare). Vea el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información de la penalidad por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en enero 1.

Sección 2.2 Usted puede darse de baja durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde enero 1 a marzo 31.

- **¿A qué tipo de plan puede usted pasarse durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante esta época, usted puede:
 - Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubre medicamentos bajo receta o uno que no cubre medicamentos bajo receta).
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si usted elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, usted puede también unirse a un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare en este momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después que usted se inscribe en un plan diferente de Medicare Advantage o recibimos su pedido para pasarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos bajo receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después que el plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

<p>Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede darse de baja durante un Período de Inscripción Especial</p>
--

En determinadas situaciones, los miembros de PHP podrían ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso, usted podría ser elegible para darse de baja durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo algunos ejemplos, para tener la lista completa de situaciones, usted puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar el sitio Web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Por lo general, cuando se ha mudado.
 - Si usted tiene Medi-Cal.
 - Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
 - Si nosotros incumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si usted está recibiendo atención en una institución, por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo (LTC).

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

- Si usted se inscribe en el programa de Atención Total para los Ancianos (PACE)
- **Nota:** Si usted está en un programa de manejos de medicamentos, usted puede que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10 brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según la situación.
- **¿Qué puede usted hacer?** Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar las dos coberturas, su cobertura de medicamentos bajo receta y su cobertura médica de Medicare. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos bajo receta o uno que no cubra medicamentos bajo receta).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare
 - **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo receta:** Si usted se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado específicamente por no tener inscripción automática.
- Nota:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos bajo receta por un periodo continuo de 63 días o más, tal vez deba pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa la cobertura que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare). Vea el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información de la penalidad por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará por lo general el primer día del mes después que recibimos su pedido de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede usted obtener más información de cuándo puede darse de baja?

Si tiene preguntas o desearía más información de cuándo puede darse de baja:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
- Puede buscar la información en el manual **Medicare y Usted 2021**.
 - Toda persona con Medicare recibe una copia de *Medicare & Usted* cada otoño. Quienes son nuevos para Medicare reciben la copia dentro del mes siguiente a inscribirse.
 - También puede descargar una copia del sitio Web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa, llamando a Medicare al número de abajo.
- Usted puede contactar a **Medicare** por el teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede usted darse de baja de nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan

Por lo general, para darse de baja de nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (vea la Sección 2 en este capítulo para tener información de los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere pasarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos bajo receta de Medicare, usted debe pedir que le demos de baja de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir la baja:

- Usted puede hacernos una solicitud por escrito. (Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacer esto; los teléfonos están impresos en la contraportada de este manual).
- – o – Usted puede contactar a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos bajo receta por un

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

periodo continuo de 63 días o más, tal vez deba pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa la cobertura que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare). Vea el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información de la penalidad por inscripción tardía.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

La tabla de abajo explica cómo usted debería darse de baja de nuestro plan.

Si usted desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan médico de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. <p>Usted automáticamente será dado de baja de PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original con un plan separado de Medicare de medicamentos bajo receta.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos bajo receta de Medicare. <p>Usted automáticamente será dado de baja de PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original sin un plan separado de Medicare de medicamentos bajo receta.<ul style="list-style-type: none">Nota: Si usted se da de baja de un plan de medicamentos bajo receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos bajo receta por 63 días continuos o más, tal vez deba pagar una penalidad por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Vea el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información de la penalidad por inscripción tardía.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud escrita para que le demos de baja. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).Usted también puede contactar a Medicare por el teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedirnos que le demos de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Usted será dado de baja de PHP cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted sigue siendo miembro del plan

Si usted abandona PHP, podría pasar un tiempo antes que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare sea efectiva. (Vea la Sección 2 por información de cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos bajo receta a través de nuestro plan.

- **Usted debe seguir usando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos bajo receta solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red.
- **Si usted es admitido en un hospital el día que termina su membresía, su estadía hospitalaria por lo general estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 PHP debe darlo de baja del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos nosotros darlo de baja del plan?

PHP debe darlo de baja del plan si cualquiera de las siguientes situaciones ocurre:

- Si no ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, usted debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que planea mudarse o viajar está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono para Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad especiales del plan como se establecen en el Capítulo 1, Sección 2.1.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

- Si no podemos verificar que usted tiene un diagnóstico previo de VIH de su proveedor de atención primaria (PCP) en el momento que usted se inscribe, le enviaremos una notificación informándole de este hecho. Usted tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de la notificación que le enviamos para enviarnos información de su doctor que muestre que usted tiene un diagnóstico previo de VIH. Si no puede proveernos esta información, le daremos de baja del plan al final de 30 días y usted estará cubierto por Medicare Original. La notificación que enviamos le dirá qué opciones de cobertura médica y de medicamentos bajo receta de Medicare están disponibles para usted.
- Si nos enteramos de su PCP que usted no es VIH positivo, le enviaremos una notificación que diga esto. Usted tiene 30 días calendario para verificar si tiene o no VIH. Si no tiene VIH, se le dará de baja al final del periodo de 30 días y estará cubierto por Medicare Original. La notificación que le enviamos le dirá qué opciones de cobertura médica y de medicamentos bajo receta de Medicare están disponibles para usted.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano o residente legal de Estados Unidos.
- Si usted miente u oculta información otro seguro que tiene que le cubre medicamentos bajo receta.
- Si usted intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a que renuncie a nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si usted continuamente se comporta en una forma disruptiva que nos dificulta dar atención médica, a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a que renuncie a nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos obligarle a que renuncie a nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero permiso de Medicare.
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir una investigación de su caso al Inspector General.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

- Si usted está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos bajo receta.

¿Dónde puede usted obtener más información?

Si tiene preguntas o desearía más información de cuándo podemos darlo de baja:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para pedir más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

<p>Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud, a menos que ya no tenga una condición médica requerida para la inscripción en PHP</p>
--

En la mayoría de los casos, PHP no puede pedirle que deje el plan por cualquier motivo relacionado a su salud. La única vez que se nos permite hacer esto es si usted ya no tiene la condición médica requerida para la inscripción en PHP. (Para información sobre el requisito de condiciones médicas para la inscripción, vea el Capítulo 1, Sección 2.1 de este manual).

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que deje nuestro plan debido a un motivo relacionado a su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

<p>Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si nosotros le damos de baja del plan</p>
--

Si nosotros le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para darlo de baja. También debemos explicar cómo usted puede presentar un reclamo o queja por nuestra decisión de darlo de baja. Usted también puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10 para tener información de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Notificaciones legales

Capítulo 11: Notificaciones legales

SECCIÓN 1	Notificación acerca de la legislación aplicable	276
SECCIÓN 2	Notificación acerca de no discriminación.....	276
SECCIÓN 3	Notificación acerca de los derechos de subrogación del segundo pagador de Medicare	277

SECCIÓN 1 Notificación acerca de la legislación aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas estipulaciones adicionales podrían aplicar porque así lo exige la ley. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es la Ley del Título XVIII del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, o CMS. Además, otras leyes federales pueden aplicar y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Notificación acerca de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer leyes que lo protegen contra la discriminación o tratamiento injusto. Nosotros no discriminamos por motivo de raza, etnicidad, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquiera de las leyes y reglas que aplican por cualquier otra razón.

Si usted desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o tratamiento injusto, por favor llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, por favor llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación acerca de los derechos de subrogación del segundo pagador de Medicare

Nosotros tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, PHP, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo las regulaciones de CMS en subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si discrepa con nuestra decisión que rechaza una solicitud de cobertura de servicios de atención médica, de medicamentos bajo receta o el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si discrepa con nuestra decisión de suspender servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si nosotros no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted piensa que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Área de Servicio – Un área geográfica donde un plan médico acepta miembros y limita la membresía a lugar de residencia de los miembros. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, también generalmente es el área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan podría darlo de baja si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

Asistencia en su domicilio – La asistencia en su domicilio provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero registrado o terapeuta, por ejemplo, la ayuda con el cuidado personal (bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Quienes prestan servicios de asistencia en el domicilio no tienen habilitación como enfermeros ni dan tratamientos.

Atención de Centro de Enfermería Especializada (SNF) – Servicios de enfermería especializada y servicios de rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones endovenosas que solo pueden ser administrados por un enfermero registrado o médico.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que: 1) da un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

“autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista.

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos bajo receta de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguro.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada a los Ingresos (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado según se reportó en su declaración de impuestos del IRS de dos años previos sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada a los Ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima. Menos del 5% de personas con Medicare son afectadas, por lo tanto, la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) – Un centro que fundamentalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y provee una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de fonoaudiología y servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y con una estadía esperada en el centro que no supere las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) – La agencia federal responsable de la administración de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos bajo receta – La cobertura de medicamentos bajo receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos bajo receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles por primera vez para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalidad, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare (Parte D de Medicare) – El seguro para ayudar a pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos bajo receta,

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

vacunas, compuestos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – Un monto que se le podría exigir que pague como su parte del costo de un servicio médico o suministro, por ejemplo, una visita a un médico, una visita al servicio ambulatorio de un hospital, o un medicamento bajo receta. Un copago es un monto fijo de dinero, y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por la visita a un médico o un medicamento bajo receta.

Coseguro – Un monto que se le podría exigir que pague como su parte del costo por los servicios o medicamentos bajo receta después que pagó cualquier deducible. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costos de su bolsillo – Vea la definición para “costos compartidos” abajo. La exigencia de costo compartido por la que un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos que recibe también se llama la exigencia de costos “de su bolsillo” del miembro.

Costos compartidos – Costo compartido hace referencia a los montos de dinero que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. Costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan podría imponer antes que los servicios o medicamentos se cubran; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio específico o un medicamento; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pago por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico o un medicamento. Podría aplicar una “tarifa diaria de costo compartido” cuando se médico le receta menos de un mes de suministro de ciertos medicamentos para usted y usted está obligado a pagar un copago.

Cuidado custodial – El cuidado custodial es una atención personal provista en un hogar de adultos mayores, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado custodial es atención personal que pueden proveer personas sin destrezas o entrenamiento profesional, por ejemplo, la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama, pararse o sentarse, desplazarse y usar el sanitario. También podría incluir el tipo de cuidados de la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por cuidado custodial.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Darse de baja o Dada de baja – El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La dada de baja puede ser voluntaria (es su propia decisión) o involuntaria (no es su propia decisión).

Deducible – El monto que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura – Una decisión respecto a si un medicamento que le recetan está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que se le exige que pague por la receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta en el plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal de cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización – El plan de Medicare Advantage ha hecho una determinación de la organización cuando esta toma una decisión respecto a si los artículos o servicios están cubiertos y cuánto usted debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona común y prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la pérdida de vida, pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – Determinado equipamiento médico que su médico indica por razones médicas. Son ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipos de oxigenación, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar.

Estadía en hospital de paciente hospitalizado – Una estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente ingresado al hospital para servicios médicos especializados. Aun si su estadía en el hospital es de una noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Etapas de cobertura catastrófica – La etapa en los beneficios de medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coseguro por sus medicamentos, después que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de sus costos de medicamentos, incluyendo lo que pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre por el año, llegan a \$4,130.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, anexos, u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del plan (excepción de nivel) o recibir un medicamento sin preferencia a un nivel más bajo de costo compartido de medicamento con preferencia (excepción del nivel). Usted también podría pedir una excepción si su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (excepción al formulario).

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto permitido de los costos compartidos del plan. Como miembro de PHP, usted solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no autorizamos a que los proveedores “facturen el balance” o de que de otra manera le cobren más que el monto de costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos bajo receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos si son surtidos en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Hospicio – Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene el derecho de seleccionar un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si usted elige un hospicio y continúa pagando sus primas, usted sigue siendo un miembro del plan. Usted puede aún obtener todos los servicios médicamente necesarios además de los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio proveerá tratamiento especial para su estado.

Indicación Médicamente Aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldada por ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad – Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites podrían ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) – Una lista de medicamentos bajo receta cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacias. La lista incluye medicamentos de marca comercial y genéricos.

Máximo de su bolsillo – El monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y medicamentos bajo receta no cuentan para el monto máximo de su bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca del monto máximo de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para los dos, Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información de cómo contactar a Medicaid en su estado.

Medicamento necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca comercial – Un medicamento bajo receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen la misma fórmula y principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y por lo general no están disponibles hasta después que la patente del medicamento de marca comercial ha caducado.

Medicamento genérico – Un medicamento bajo receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) como que contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca comercial. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca comercial y normalmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos – El término que usamos para abarcar todos los medicamentos bajo receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D. Nosotros podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Vea el formulario si desea buscar medicamentos cubiertos específicos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de cobertura como medicamentos de la Parte D.

Medicare – El programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente con insuficiencias renales permanentes que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden tener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o “Medicare de pago por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan privado de salud como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos bajo receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro para atención hospitalaria) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan, o “miembro del plan”) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Necesidad urgente de servicios – La necesidad urgente de servicios es atención provista para tratar una situación médica que no es de emergencia; puede ser una enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera atención médica inmediata. La necesidad urgente de servicios debe ser provista por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel del costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud empleados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se da a pacientes con Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información de cómo contactar a la QIO de su estado.

Parte C – ver “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – El programa de beneficios de medicamentos bajo receta voluntario de Medicare. (Para abreviar, haremos referencia al programa de beneficios de medicamentos bajo receta como la Parte D).

Penalidad por inscripción tardía de la Parte D – Un monto sumado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare, si usted no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que cubra, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más después que usted es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga este monto mayor siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Estas son algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

“Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta, usted no pagará una penalidad por inscripción tardía.

Período de beneficios – La manera que nuestro plan y también Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención como paciente ingresado en ningún hospital (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada después que terminó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite para el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Un período de tiempo establecido cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y pasarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si usted elige o hace cambios para pasar a Medicare Original durante este periodo, usted también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde enero 1 hasta marzo 31, y también está disponible por un periodo de 3 meses después que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de Inscripción Anual – Un período de tiempo fijo en cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos, o pasarse a Medicare Original. El Período de Inscripción Anual es desde octubre 15 hasta diciembre 7.

Período de Inscripción Especial – Un período de tiempo fijo en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en que usted podría ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos bajo receta, si pasa a vivir a un hogar de ancianos, o si nosotros incumplimos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial – Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, este es el período de tiempo en que usted puede inscribirse para la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

antes del mes que usted cumple 65, incluye el mes que usted cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes que usted cumple 65.

Plan de Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un plan Caja de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando usted se inscribe en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagos bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos bajo receta). Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos bajo receta**. Todas las personas con la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage ofrecido en su área.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de Atención Total para los Ancianos (PACE)) combina servicios médicos, sociales y de largo plazo (LTC) para personas frágiles, para ayudarlos a permanecer independientes y viviendo en su comunidad lo máximo posible (en vez de mudarse a un hogar de ancianos) y tener la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben ambos, sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Plan de Necesidades Especiales – Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que provee atención médica más focalizada para grupos específicos de personas, como quienes tienen ambos, Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan Institucional de Necesidades Especiales – Un Plan de Necesidades Especiales que inscribe personas elegibles que continuamente residen o se espera que residan continuamente por 90 días o más en una instalación de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones LTC podrían incluir: centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF), una instalación de atención intermedia para las personas con retraso mental (ICF/MR), y/o una instalación psiquiátrica para pacientes internados. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales para servir residentes de Medicare en instalaciones LTC debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario y operar) la instalación(es) LTC específica.

Plan Institucional de Necesidades Especiales Equivalente – Un Plan Institucional de Necesidades Especiales que inscribe personas elegibles en la comunidad pero que requieren un nivel de atención basado en la evaluación del estado. La evaluación debe

realizarse usando la misma herramienta respectiva de evaluación de nivel de atención del Estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales podría restringir la inscripción a personas que residen en una instalación de asistencia de vida (ALF) si es necesario para asegurar la entrega uniforme de la atención especializada.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de organización de proveedor preferido es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a miembros del plan por una suma específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, si los beneficios se reciben de proveedores de la red o proveedores fuera de la red. El costo compartido del miembro por lo general será más alto si recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de su bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos combinados totales de su bolsillo por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan médico de Medicare – Un plan médico de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer los beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Total para los Ancianos (PACE).

Póliza de “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare) – El seguro suplementario de Medicare que venden algunas compañías privadas de seguros para completar las carencias (“*gaps*”) en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos bajo receta.

Programa de Descuentos por Brecha de Cobertura de Medicare – Un programa que provee descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca comercial de la Parte D a inscritos en la Parte D que han llegado a la etapa de brecha de cobertura y no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en contratos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca comercial tienen descuentos.

Prótesis y dispositivos ortopédicos – Estos son dispositivos médicos recetados por su doctor u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, abrazaderas de brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición por sonda intestinal o parenteral.

Proveedor de Atención Primaria (PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también podría hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y derivarlo a estos profesionales. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1 para tener información de Proveedores de Atención Primaria.

Proveedor de la red – “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago, y en algunos casos para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red basándose en los contratos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden llamarse “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro con el que no hemos acordado la coordinación ni la prestación de servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad, ni son operados por nuestro plan, ni están bajo contrato para darle servicios cubiertos. El uso de proveedores o de centros fuera de red se explica en este manual en el Capítulo 3.

Queja – El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamación”. El proceso de quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados a la calidad de su atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Vea también “Reclamación”, en esta lista de definiciones. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura ni de pago

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Reclamación – Un tipo de queja que usted presenta acerca de nosotros o farmacias de nuestra red, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura ni de pago.

Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pago por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social

Servicios cubiertos – El término general que usamos para abarcar todos los servicios de atención médica y los suministros cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros – Un departamento dentro de nuestro plan, que es responsable de responder sus preguntas acerca de membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Vea el Capítulo 2 por más información de cómo contactar a Servicios para Miembros.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) – Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa de farmacia – Una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de farmacia cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Tarifa diaria de costo compartido – Una “tarifa diaria de costo compartido” podría aplicar cuando su doctor le receta menos de todo un mes de suministro de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago. Una tarifa de costo compartido es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es \$30, y un mes de suministro en su plan son 30 días, luego su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta.

Terapia progresiva – Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes que nosotros cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Servicios para Miembros de PHP

Método	Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAME	(800) 263-0067 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil. El departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idioma para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde octubre 1 hasta febrero 14, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. Desde febrero 15 hasta 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también cierra durante feriados. Si usted llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el próximo día hábil.
FAX	(888) 235-8552
ESCRIBA	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046
SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members

Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (California SHIP)

El programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Envejecimiento de California, es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer gratuitamente asesoría local de seguro médico a personas con Medicare.

Método	Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) (California SHIP) - Información de contacto
LLAME	(800)434-0222
TTY	711
ESCRIBA	California Department of Aging Health Insurance Counseling and Advocacy Program 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/HICAP

Declaración de divulgación PRA Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido OMB. El número de control válido OMB para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.