

1 de enero - 31 de diciembre de 2023



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 1 de enero hasta 31 de diciembre de 2023. 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.**

Para preguntas sobre este documento, por favor contacte a Servicios para Miembros al (800) 267-0067 para más información. (Usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana.

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 y en otros formatos como letra de molde grande y casetes de audio.

Los beneficios, primas, deducible y/o copagos/coseguro podrían cambiar en 1 de enero de 2024.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios por lo menos 30 días por adelantado.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender sobre:

- Su prima y costo compartido del plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos bajo receta;
- Cómo presentar una queja si no le satisface un servicio o tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita asistencia adicional; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

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) 267-0067, 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

تماس بگیرید. 1-800-263-0067 (TTY: 711) فراهم می باشد. با

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 711. (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-263-0067 برقم

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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ជូរ 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).

Tabla de Contenidos

Evidencia de Cobertura 2023

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1: Comenzando como miembro.....	1
SECCIÓN 1	Introducción 2
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 3
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá..... 5
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para PHP 7
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual..... 10
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su archivo de membresía del plan..... 12
SECCIÓN 7	Cómo otros seguros trabajan con nuestro plan 13
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	16
SECCIÓN 1	Contactos de PHP (cómo contactarnos, incluyendo cómo acceder a Servicios para Miembros en el plan)..... 17
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 24
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... 26
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad 27
SECCIÓN 5	Seguro Social 28
SECCIÓN 6	Medicaid 29
SECCIÓN 7	Información de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo receta..... 30
SECCIÓN 8	Cómo contactar a la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios..... 32
SECCIÓN 9	¿Tiene usted “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?33
CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos	34
SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica... 37

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de servicios o durante un desastre	41
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios?	43
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"?	44
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una "institución religiosa de fines no médicos"	46
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	47

CAPÍTULO 4: <i>Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	50
---	-----------

SECCIÓN 1	Comprender los costos de su bolsillo por servicios cubiertos	51
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	103

CAPÍTULO 5: <i>Usar la cobertura del plan para medicamentos bajo receta de la Parte D</i>	108
--	------------

SECCIÓN 1	Introducción	109
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red.....	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	112
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	114
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que usted desearía que estuviera cubierto?	116
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	119
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	122
SECCIÓN 8	Surtir una receta	123
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..	124
SECCIÓN 10	Programas acerca de seguridad de los medicamentos y manejo de medicaciones.....	126

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos bajo receta de la Parte D129

SECCIÓN 1	Introducción	130
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	133
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago usted está	134
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al 4	136
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	136
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de brecha de cobertura	141
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	142
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	142

CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos145

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	146
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó o que paguemos una factura que usted recibió	149
SECCIÓN 3	Nosotros consideraremos su solicitud de pago y diremos 'sí' o 'no'	149

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades151

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	152
SECCIÓN 2	Usted tiene determinadas responsabilidades como miembro del plan	159

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)161

SECCIÓN 1	Introducción	162
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	163

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 3	Para manejar su problema, ¿qué proceso debería usar?	163
SECCIÓN 4	Una guía para las cuestiones básicas de decisiones de cobertura y apelaciones	164
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	168
SECCIÓN 6	Sus medicamentos bajo receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	178
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos más tiempo de estadía hospitalaria si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto.....	190
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted piensa que su cobertura termina demasiado pronto	199
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3 y más adelante	207
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja por la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes	211
CAPÍTULO 10: Finalizar su membresía en el plan.....		216
SECCIÓN 1	Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan	217
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted darse de baja de nuestro plan?.....	217
SECCIÓN 3	¿Cómo puede usted darse de baja de nuestro plan?	220
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía termine, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	221
SECCIÓN 5	PHP debe darlo de baja del plan en determinadas situaciones.....	222
CAPÍTULO 11: Notificaciones legales		225
SECCIÓN 1	Notificación acerca de la legislación aplicable	226
SECCIÓN 2	Notificación acerca de no discriminación	226
SECCIÓN 3	Notificación acerca de los derechos de subrogación del segundo pagador de Medicare.....	226
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes		228

CAPÍTULO 1:

Comenzando como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está actualmente inscrito en PHP, el cual 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.

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 documento <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	---

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener atención médica y medicamentos bajo receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no le satisface una decisión o tratamiento.

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 documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si se siente desorientado, tiene inquietudes o simplemente tiene una pregunta, por favor contacte a Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

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 inscripto en PHP entre 1 de enero de 2023 y 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de PHP después de 31 de diciembre de 2023. Además, podemos elegir no ofrecer el plan en su área de servicio, después de 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid) debe aprobar a PHP cada año. Usted puede continuar recibiendo cada año 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:

- Usted tiene derecho a Medicare Parte A y Medicare Parte.
- – y – Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 más abajo describe nuestra área de servicio). Personas encarceladas no se consideran como que viven en el área geográfica de servicio aún si están físicamente ubicadas en esta.

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- – 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.

- 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	Esta es el área de servicio del plan para PHP
--------------------	--

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 el condado en California: Los Angeles.

Ofrecemos cobertura en California. 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, no puede permanecer como miembro de este plan. Por favor comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su área nueva. 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.

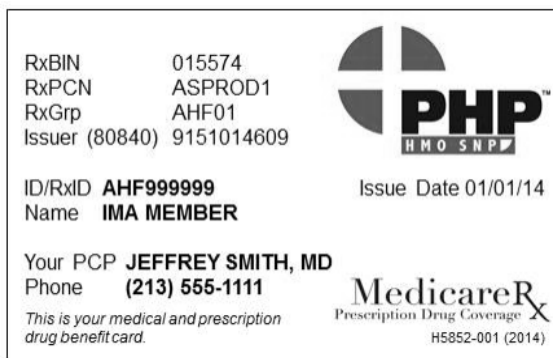
Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de EE.UU.

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 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras usted es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos 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:



Frente



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 clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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.

Sección 3.2	Directorio de Proveedores
--------------------	----------------------------------

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

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir su atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, usted deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (esto es, en situaciones donde no es posible o es irracional obtener servicios en la red), servicios de diálisis fuera de la red y casos en que PHP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede pedir una copia a Servicios para Miembros.

Sección 3.3	Directorio de Farmacias
--------------------	--------------------------------

El directorio de farmacias lista nuestras farmacias en la red. Las **Farmacias de la red** son todas las farmacias que tienen un contrato para surtir recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la red de farmacias que desea usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si usted no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede pedir una copia en Servicios para Miembros. También puede buscar esta información en nuestro sitio web www.php-ca.org/php-provider-find.

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

Capítulo 1: Comenzando como miembro

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.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para PHP

Sus costos podrían incluir lo siguiente:

- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Penalidad por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos (Sección 4.5)

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

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para PHP.

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

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer miembro del plan. Esto incluye su prima por la Parte B. Además, podría incluir una prima por la Parte A, lo cual afecta a miembros que no son elegibles para la prima gratis de la Parte A.

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

Algunos miembros deben pagar una **Penalidad por inscripción tardía** de la Parte D. 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.

Usted **no tiene** que pagar si:

- Usted está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo receta.
 - Usted no estuvo sin cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.
 - Usted ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente como 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.
- **Nota:** Cualquier 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.
 - **Nota:** 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.

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

- Si usted pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos bajo receta acreditable después que se hizo eligible por primera vez para la inscripción en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que usted no tuvo cobertura. 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 2023, el monto de esta prima promedio es \$32.74

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- 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 \$32.74, lo que equivale a \$4.58. 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 para 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.
- Segundo, **usted seguirá pagando una penalidad** cada mes mientras siga inscripto 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 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.

Si usted discrepa de su penalidad por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. 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. Sin embargo, si usted estaba pagando una penalidad antes de unirse a nuestro plan, usted podría no tener otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalidad por inscripción.

Sección 4.4	Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos
--------------------	---

Algunos miembros pueden que tengan que pagar un monto adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El monto adicional se obtiene usando su ingreso bruto ajustado modificado como se reportó en su declaración de ingresos del IRS de hace 2 años. Si este monto está sobre una cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA. Para más información sobre el monto adicional que usted podría tener que pagar con base en sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta diciéndole cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta Directiva de Jubilados

Capítulo 1: Comenzando como miembro

Ferrovianos 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. Si usted no paga el monto adicional, será dado de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos bajo receta.**

Si discrepa del 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si usted paga una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede pagar su penalidad
--------------------	---

Hay tres maneras en que puede pagar la penalidad.

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).

Cambiar la manera en que paga su penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

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 a tiempo. 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 a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros.

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 a tiempo, por favor contacte a Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a algún programa que lo ayude con su penalidad.

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

No. No tenemos autorización para cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio será efectivo en enero 1.

Sin embargo, en algunos casos, usted podría ya no tener que pagar una penalidad por inscripción tardía que adeuda o necesitar empezar a pagar una penalidad por inscripción tardía. 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 6	Mantener actualizado su archivo de membresía del plan
------------------	--

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

Capítulo 1: Comenzando como miembro

- 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. (**Nota:** usted no tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le alentamos a hacerlo).

Si cualquier parte de esta información cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios para Miembros. Usted también puede enviar por email los cambios. Envíe un email a php@positivehealthcare.org o a través de nuestro sitio web www.php-ca.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..

SECCIÓN 7 Cómo otros seguros trabajan con nuestro plan

Otro seguro

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. Esto se llama **Coordinación de los beneficios**.

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. Usted puede que necesite dar su número de ID de miembro del plan a

sus otras aseguradoras (una vez que ha confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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. Si tiene otro seguro, informe a su doctor, hospital y farmacia.

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 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)
- 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.

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)**

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	(800) 267-0067 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. <i>Por ayuda relacionada a la farmacia:</i> (888) 436-5018 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. <i>Por asesoramiento de enfermería para atención urgente cuando la oficina de su proveedor de atención primaria (PCP) está cerrada o su PCP no está disponible:</i> (800) 797-1717 Las llamadas a este número son gratuitas. El asesoramiento de enfermería está disponible siete días a la semana. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idioma para quienes no hablan inglés.

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

Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura o apelación 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 o medicamentos bajo receta de la Parte D. Una apelación es una manera forma de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de pedidos de decisiones de cobertura o apelaciones de atención médica o 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 y apelaciones de atención médica - Información de contacto
LLAME	(800) 267-0067 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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SITIO WEB	www.php-ca.org/for-members/using-plan/coverage-decision www.php-ca.org/for-members/using-plan/appeal
Método	Decisiones de coberturas y apelaciones por medicamentos bajo receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME	(888) 436-5018 Las llamadas a este número son gratis. Representantes del plan están disponibles las 24 horas del día, siete días a 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 www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/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. 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) 267-0067 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

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

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

Si usted recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que usted cree que nosotros deberíamos pagar, usted podría necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7 (*Solicitarlos 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) 267-0067 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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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)

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	www.medicare.gov 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. El sitio Web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • 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. Usted también puede usar el sitio Web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de PHP: • 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. 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).
--	--

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (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) 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 ayudarle 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 ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones con los planes de Medicare y pueden responder preguntas sobre cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (hablar con alguien) en el medio de la página principal
- Ahora usted tiene las siguientes opciones
 - Opción #1: puede tener un **chat en vivo con un representante de Medicare al 1-800-MEDICARE**
 - Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) (California SHIP) - Información de contacto
LLAME	(800) 434-0222
TTY	711

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

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.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son pagos 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 de teléfono especial y es únicamente para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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, 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. 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. Disponibles 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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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.

Los programas ofrecidos a través de Medi-Cal ayudan a personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" incluyen:

- **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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

TTY	711
ESCRIBA	Medi-Cal Mail-In Application Center P.O. Box 77267 Los Angeles, CA 90007-9819
SITIO WEB	https://benefitscal.com/

SECCIÓN 7 Información de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo receta

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

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

Si usted califica automáticamente para “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, 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 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- 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 tiene un proceso para solicitar asistencia en la obtención de evidencia de su nivel adecuado de copago, o, si usted ya tiene evidencia, suministrarnos esta evidencia.

- Contacte a Servicios para Miembros 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.

PHP ofrece brecha de cobertura adicional para Insulinas Selectas. Durante su etapa de Brecha de Cobertura, los costos de su bolsillo por Insulinas Selectas serán de \$35 por un suministro de un mes. Por favor vaya al Capítulo 6, Sección 6 para más información sobre su cobertura durante la etapa de Brecha de Cobertura. Nota: Este costo compartido solo aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”). Para averiguar qué drogas son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proveemos electrónicamente. Usted puede identificar las Insulinas Selectas en su Lista de Medicamentos por “SI” en la columna etiquetada “Requisitos/Límites”. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, usted también puede llamar a Servicios para Miembros.

¿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 el formulario de 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.

Nota: Para ser elegible para ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y estado de VIH, ingresos bajos definidos por el estado y estado de sin seguro o poco seguro. Si usted cambia de planes, por favor notifique al empleado de inscripciones de su ADAP local para que usted puede seguir recibiendo asistencia. 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.

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 usted recibe su Medicare a través de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, es importante informarles si se muda o su dirección postal cambia. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia

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:

Uso del plan para sus servicios médicos

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

Este capítulo explica 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, equipos, medicamentos bajo receta 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”?

- **“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.
- **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, equipos y medicamentos bajo receta cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica están listados en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos bajo receta se discuten en el Capítulo 5.

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 documento).
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria.**
"Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos 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).
- **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. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios recibidos. *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, pero no hay especialistas en nuestra red que pueden brindar esa atención, usted puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que pagaría normalmente en 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 o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente no disponible o es inaccesible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y obtiene diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga en la red. Sin embargo, si su proveedor de la red usual para diálisis está temporalmente no disponible y usted opta por obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podría ser más alto.

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/php-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.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una derivación de su PCP?
--------------------	--

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 COVID-19, 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 cubiertos que no son servicios de emergencia provistos cuando los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o son inaccesibles o cuando el miembro está fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, cuando usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

- 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).

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. Si su doctor o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, Medicare requiere que nosotros le proveamos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.

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

- 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 nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido de la red. Se requiere una autorización previa para la mayoría de los servicios fuera de la red.
- 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 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 queja por la calidad de la atención a la QIO, una reclamación por la calidad de la atención al plan, o ambos. Por favor lea el Capítulo 9.

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 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 la pérdida de su vida (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida de su bebé por nacer), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad o pérdida o discapacidad será de una función corporal. 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. Usted no necesita usar un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada aún si no son parte de nuestra red.
- **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?

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. Además, cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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 de que su condición siga estable. Los médicos continuarán tratándole hasta que sus médicos nos contacten y hagan planes para la atención adicional. 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 esta atención 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”?

Una necesidad urgente de servicios es una situación no de emergencia que requiere atención médica de inmediato pero que dado las circunstancias no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor en la red. El plan debe cubrir los servicios de necesidad urgente provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de necesidad urgente de servicios son i) dolor de garganta severo que ocurre durante un fin de semana o ii) un brote imprevisto de una condición conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios.

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

Si usted tiene una necesidad urgente de servicios, contacte a su PCP. El teléfono de su PCP está en su tarjeta de identificación de miembro. Si el consultorio de su PCP está cerrado o no puede contactar a su PCP, por favor llame a Servicios para Miembros. Usted también puede llamar a la línea de Consejos de Enfermería al (800) 797-1717, 24 horas al día/siete días a la semana.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente ni cualquier otro servicio por atención médica recibida fuera de Estados Unidos o sus territorios.

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.

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?
------------------	---

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

Si usted pagó más que su costo compartido por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7 (*Solicitarnos 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 que se listan en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red o no autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que recibe después que usó todo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que usted paga después que se alcanzó el límite de beneficios no cuentan para un máximo de su bolsillo.

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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare típicamente solicitan voluntarios para que participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio y usted expresa interés, 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. Si usted nos informa que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es únicamente responsable del costo compartido en la red por los servicios en ese ensayo. Si usted paga más, por ejemplo, si usted ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido en la red. Sin embargo, usted necesitará brindar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica,

usted podría permanecer inscripto 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no necesita informarnos o 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, le alentamos a que nos informe por adelantado cuando elije participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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.*

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, Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

- 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.

Después que Medicare pagó su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y sus costos compartidos en la red 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. Si embargo, usted debe presentar la documentación que muestra el costo compartido que usted pagó. Por favor vea el Capítulo 7 para más información para presentar solicitudes para pagos.

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 el examen sería \$10 bajo los beneficios de nuestro

plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted pagaría \$20 de copago requerido bajo Medicare Original. Entonces, usted notificará al plan de que recibió un servicio calificado en un ensayo clínico y presentará la documentación tal como la factura de un proveedor al plan. El plan entonces le pagaría los \$10 directamente. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es el mismo monto que usted pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Por favor note que, para poder recibir pago de su plan, usted debe presentar la documentación a su plan tal como la factura de un proveedor.

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 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?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Cobertura Medicare Para Pruebas Clínicas.” (La publicación esta disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) 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 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. Este beneficio solo es para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención no médica).

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.
- 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 el artículo 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, aún si usted hizo los 12 pagos consecutivos por el DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas transferiremos la propiedad del artículo del DME a usted.

¿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 pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo a Medicare Original no cuentan. Usted deberá hacer 13 pagos consecutivos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego, volvió a Medicare Original. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para ser propietario del artículo una vez que se una a Medicare Original nuevamente. Todos los pagos previos (sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno
--------------------	--

¿A qué beneficios de oxígeno tiene usted derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, PHP cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno

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

- 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.

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

Medicare Original requiere a un abastecedor de oxígeno proveerle servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el abastecedor provee el equipo y el mantenimiento (usted es aún responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años usted puede elegir permanecer con la misma compañía o pasarse a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años empieza nuevamente, aún si permanece con la misma compañía, requiriendo que usted pague los copagos por los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

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 cubiertos

Este capítulo provee 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 QBM a su proveedor, si aplica.

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

Porque usted está inscripto en un plan de Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año para recibir servicios médicos dentro de la red cubiertos bajo Medicare Parte A y Parte B. Este límite se llama máximo de su bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto 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 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 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 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 o para emergencias o necesidad urgente de servicios).
 - 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 o para emergencias o necesidad urgente de servicios).
- Si cree que un proveedor le ha enviado una "factura por el saldo", puede llamar a Servicios para Miembros.

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. La cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D está en el Capítulo 5. 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, equipo y los medicamentos bajo receta de la Parte B) *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, a menos que es una atención emergencia o urgente o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios provistos.
- 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".
- 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:

- 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 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una

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

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.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio en 2023, 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 usted es diagnosticado por un proveedor del plan con la siguiente condición identificada abajo y cumple con ciertos criterios médicos, usted puede ser elegible para otros beneficios suplementarios selectivos:
 - Neuropatía relacionada con el SIDA
- Por favor vaya a la hilera de "Ayuda con ciertas condiciones crónicas" en el Cuadro 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
Acupuntura <i>(requiere autorización previa)</i> Cubrimos 2 visitas de acupuntura por mes cada año.	\$0 de copago para servicios de acupuntura.
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: • 12 semanas o más de duración; • No específico, en que no tiene una causa sistemática identificable (ej.: no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias o enfermedades infecciosas, etc.); • No asociado con cirugías; y • No asociado con un embarazo. 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.	\$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
Acupuntura para el lumbago crónico (continuación) Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861 (r) (1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP / CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR § 410.26 y 410.27.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de 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 (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), 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. El costo compartido para servicios necesarios de emergencia provistos fuera de la red es el mismo para aquellos provistos en la red. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.	\$75 de copago por visita a sala de emergencias. 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de hospicio	
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. Usted podría recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico en el hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.	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. \$0 de copago para servicios de consulta de hospicio.
Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor • Cuidados paliativos de corta duración • Atención domiciliaria	
Cuando usted es ingresado en un hospicio, tiene el derecho de permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan debe continuar pagando las primas del plan.	
<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 a su proveedor de hospicio por 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. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original	

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
<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 y seguirá las reglas del plan (tal como si hay un requisito de autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, 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)	
<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.	
<u>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. 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>)	

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
Nota: Si necesita atención no vinculada al hospicio (atención no relacionada a su pronóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.	
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.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de pacientes hospitalizados (requiere autorización previa) 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. El Plan cubre 90 días cada período de beneficios. El plan además cubre 60 "días de reserva de por vida". Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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,	\$100 de copago por días para días 1 a 6. \$0 copago por día para días 7 a 90. \$0 de copago por día para días de "reserva de por vida" 91 a 150. 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. "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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de paciente hospitalizado (continuación)	
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.	días extra, su estadía hospitalaria estará limitada a 90 días.
• 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	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.
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.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de paciente hospitalizado (continuación)	
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 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, 7 días a la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	
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.	\$0 de copago por servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico <i>(requiere autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre 90 días cada periodo de beneficio. El Plan además cubre "días de reserva de por vida". 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.	\$100 de copago por días para días 1 a 6. \$0 de copago por día para días 7 a 90. \$0 de copago por día para días de "reserva de por vida" 91 a 150. 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. "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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	
(requiere autorización previa)	
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.	\$0 de copago para agencia de servicios de atención médica a domicilio.
Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	
• 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	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) <i>(requiere autorización previa)</i> (Por una definición de “atención en centro de enfermería especializada”, vea el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama “SNF”). 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: • 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>	\$0 de copago por día para días 1 a 20. \$100 de copago por día para días 21 a 100. 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
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) 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. • 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	
Ayuda con condiciones crónicas (requiere autorización previa) Para miembros que han sido diagnosticados con una neuropatía relacionada con el SIDA, cubrimos 2 masajes terapéuticos de una hora cada mes para aumentar la circulación sanguínea.	\$0 de copago para servicios de masaje terapéutico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de comidas <i>(requiere autorización previa)</i> El beneficio de comida está disponible para los miembros después del alta un hospital de agudos o un centro de enfermería especializada y los miembros que tienen una afección crónica u otra afección médica que les impide salir de casa para ir de compras. Usted o su proveedor pueden solicitar este beneficio al plan. El plan cubre hasta dos (2) comidas por día durante un máximo de 28 días (límite de 56 comidas por año). Las comidas se pueden proporcionar en múltiples incrementos a lo largo del año hasta el límite de 56 comidas por año.	\$0 de copago para el beneficio de comidas.
Cirugía de pacientes ambulatorios, incluyendo servicios provistos en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria <i>(requiere autorización previa)</i> 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."	\$0 de copago por servicios de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Cuidados de la visión <i>(requiere autorización previa para servicios de la visión cubiertos por Medicare)</i> Los servicios cubiertos incluyen: • 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).	\$0 de copago por servicios de cuidado de la visión cubiertos por Medicare. \$0 de copago por examen anual rutinario de la visión y para anteojos o lentes de contacto hasta el límite anual de \$250.

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando
obtiene estos servicios



Cuidados de la visión (continuación)

También cubrimos estos beneficios de visión adicionales
sin necesidad de derivación o autorización:

- 1 examen de la visión de rutina cada año
- 1 par de anteojos (lentes y armazones o lentes) o lentes de contacto cada año.

**Límite de cobertura del plan de \$250 para artículos
para la vista cada año.**

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios



**Dejar de fumar y dejar el uso de tabaco
(consejería para dejar de fumar o usar tabaco)**

Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada al tabaco: 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.

Si usted usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada al tabaco, o está tomando medicación que pueden ser afectada por el tabaco: 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.

Además, los miembros tienen acceso al programa para dejar de fumar *Quit for Life*® que incluye:

- Ocho semanas de parches o goma de mascar gratuitos
- Llamadas personales con un *Quit Coach* capacitado
- Materiales escritos incluyendo la guía *Quit Guide* con recursos
- Mensajes de texto en su celular
- Sitio web con herramientas de aprendizaje electrónico, foros y acceso a *Web Coach*®. 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).

No hay coseguro, copago ni deducible para beneficios de prevención para dejar de fumar y dejar el uso de tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección colorrectal <i>(todos los exámenes, excepto la prueba de hemoglobina fecal y colonoscopia de detección, requieren autorización previa)</i> Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes: • Sigmoidoscopia flexible (o prueba de enema opaco como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces o prueba de guayaco (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Prueba colorrectal basada en ADN cada tres años Para personas con riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia (o prueba de enema opaco como alternativa) cada 24 meses Para personas sin riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
 Detección de aneurisma de aorta abdominal <i>(requiere autorización previa)</i> 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de prevención.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • 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	No hay coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales cubiertos por Medicare.
 Detección de cáncer de senos (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía cada 12 meses para mujeres a partir de los 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
 Detección de depresión 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de diabetes 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. Con base en los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para un máximo de dos detecciones de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección de obesidad y terapia preventivas.
 Detección de VIH Para las personas que piden una prueba de detección de VIH o que tienen riesgo aumentado de infección con VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección y consejería para reducir el mal uso del alcohol 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoría para reducir el mal uso del alcohol cubierto por Medicare.
Dispositivos ortopédicos cubiertos e insumos relacionados (requiere autorización previa) 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.	\$0 copago por dispositivos protéticos o insumos relacionados.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Entrenamiento de autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos <i>(requiere autorización previa)</i> Para todas las personas con diabetes (usuarios de insulina y que no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • 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	\$0 de copago para entrenamiento de autocontrol de la diabetes y servicios e insumos diabéticos.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(requiere autorización previa) (Para conocer la definición de "equipo médico duradero", vea el Capítulo 12 además del Capítulo 3, Sección 7 de este documento).	\$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros relacionados.
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.	Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno es \$0.
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 .	Si antes de inscribirse en PHP usted ha hecho 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en PHP es \$0.
 Exámenes para detección de cáncer de próstata	
Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba PSA anual.
• Examen rectal digital • Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA)	

- 78 -

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
 Medición de la masa ósea (algunos servicios requieren autorización previa) 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Necesidad urgente de servicios 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 pero dadas sus circunstancias, no es posible o es irracional obtener los servicios de proveedores de la red. Ejemplos de necesidad urgente de servicios que el plan debe cubrir fuera de la red son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser de necesidad urgente y médicamente necesarios. Si es irrazonable dadas las circunstancias obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá la necesidad urgente de servicios de un proveedor fuera de la red.	\$0 de copago por necesidad urgente de servicios.
La atención urgente solo está cubierta dentro de Estados Unidos.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios 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. 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. 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. 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 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.	\$0 de copago para la observación hospitalaria de pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios



Programas educativos de salud y bienestar

Elección de **una** de las siguientes opciones del

Programa de Salud y Bienestar:

- Membresía a uno de los siguientes gimnasios:

Condados Broward y Miami-Dade

- 24 Hour Fitness (varias ubicaciones)
- Crunch (Miami Beach y Hialeah)
- KOZones (Miami)
- Upload Fitness (Fort Lauderdale)
- Youfit (varias ubicaciones)
- Zoo Health Club (Oakland Park)

Condado Duval

- Anytime Fitness (Jacksonville)
- Youfit (Jacksonville)

- 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.

\$0 copago para una membresía a un gimnasio
0 artículos farmacéuticos de venta libre (OTC) hasta el límite anual de \$200.

\$0 de copago para información de educación de salud.

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.

El plan envía a los miembros información de educación sanitaria trimestralmente en un formato de boletín.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP services estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. 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.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen historia de fumar tabaco por lo menos 20 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. <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.	No hay coseguro, copago o deducible para el asesoramiento y visita de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de infecciones por transmisión sexual (STI) y consejería para prevenir STI 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de STI y consejería del beneficio de prevención de STI cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios, servicios terapéuticos e insumos <i>(algunas pruebas, servicios e insumos requieren autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen, pero sin limitarse a: • 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	\$0 de copago por pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios, servicios terapéuticos o insumos médicos.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios 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.	\$0 de copago para servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia • 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 audición (requiere autorización previa para audífonos) 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: • 1 examen de la audición suplementario de rutina cada año • 1 evaluación para la colocación de audífono cada año • Hasta 2 audífonos cada año Límite de cobertura del plan de \$2,500 para hasta 2 audífonos cada año.	\$0 copago para servicios de audición cubiertos. \$0 de copago por hasta dos audífonos hasta el límite anual de \$2,500.

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: Servicios dentales preventivos: • 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: • 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 \$1,200 cada año.	\$0 de copago para servicios dentales preventivos cubiertos. \$0 de copago para servicios dentales integrales cubiertos por hasta el límite anual de \$1,200.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de apoyo en el hogar <i>(requiere autorización previa)</i> 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. El Plan cubre hasta 16 horas por semana por hasta dos (2) semanas por año.	\$0 de copago para servicios de apoyo en el hogar.
Servicios de hospitalización parcial <i>(requiere autorización previa)</i> 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología <i>(ciertos servicios requieren autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen: • 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	\$0 de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos 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: • 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	\$0 de copago para servicios del tratamiento de opiáceos.
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 intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 de copago para servicios de rehabilitación cardíaca.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(requiere autorización previa)</i>	\$0 de copago por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología.	
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).	
Servicios de rehabilitación pulmonar <i>(ciertos servicios requieren autorización previa)</i>	\$0 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar.
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.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos servicios requieren autorización previa) 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. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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	\$0 de copago por servicios del hospital de paciente ambulatorio.

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 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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
Servicios de médicos/practitioners, incluyendo visitas a consultorio	
(algunos servicios requieren autorización previa)	
Los servicios cubiertos incluyen:	\$0 de copago por servicios de proveedor de atención primaria (PCP) o especialista.
• 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 • Ciertos servicios de telesalud incluyendo visitas virtuales de proveedor de atención primaria (PCP), consultas con especialistas y servicios provistos por otros profesionales médicos • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio por telesalud. • 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), sin importar su ubicación	

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios

Servicios de médicos/practitioners, incluyendo visitas a consultorio (continúa)

- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o de salud mental concomitante, sin importar su ubicación
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar y tratar trastornos de salud mental si:
 - Usted tuvo una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud
 - Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo de arriba en ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental provistas por Clínicas Rurales de Salud y Centros de Salud Calificados Federalmente
- Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla en video) con su doctor por 5-10 minutos **si:**
 - 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
- 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:**
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**

Servicios que están cubiertos para usted

Lo que debe pagar cuando
obtiene estos servicios

**Servicios de médicos/practitioners, incluyendo
visitas a consultorio (continúa)**

- 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 (<i>algunos servicios requieren autorización previa</i>) 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: • 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	\$0 de copago por servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante una estadía hospitalaria no cubierta.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (requiere autorización previa excepto cuando está fuera del área de servicio) Los servicios cubiertos incluyen: • 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 o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente no disponible o inaccesible) • 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) 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".	\$0 de copago para servicios para tratar enfermedades renales.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxación	\$0 de copago para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisados (SET) <i>(requiere de autorización previa)</i> SET está cubierta para miembros que tienen una arteriopatía periférica sintomática (PAD) y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • 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	\$0 de copago para SET.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	
Terapia de infusión domiciliaria (requiere autorización previa) 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). Los servicios incluyen, pero no se limitan a: • 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	\$0 de copago para servicios de terapia de infusión domiciliaria.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Transporte (requiere autorización previa) Viajes ilimitados de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan cada año. El Plan debe autorizar y programar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde consultorios o centros de proveedores.	\$0 de copago para el transporte.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita anual de salud y bienestar 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de salud
 Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" 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. 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".	No hay coseguro, copago o deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".

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.

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 excepto bajo las condiciones específicas listadas abajo. Aún si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no estarán cubiertos, y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide: 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 documento).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía cosmética o procedimientos		• 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.
Cuidado custodial Cuidado custodial es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado tal como la atención que ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que 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).
Tarifas cobradas por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Servicios de Naturopath (usa tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		Los zapatos que son parte de una abrazadera para pierna y están incluidos en costo de la abrazadera. Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para una persona con enfermedad de pie diabético.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
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.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación está cubierta.
Atención de pies de rutina		Cobertura limitada según las pautas de Medicare (ej., si tiene diabetes).

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

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	✓	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Por favor vea el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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, la cual debe ser válida bajo la ley estatal aplicable.
- Su recetador no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Usted generalmente 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 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), y/o llame a Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra 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 en su área, usted puede obtener ayuda en Servicios para Miembros 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?

Algunas 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, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. 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.

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).

1. 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.

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 fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Por favor **confirme primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Usted probablemente deberá pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Esta es una instancia en que cubriríamos recetas surtidas 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.

¿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 costo compartido normal) 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 cumple los requisitos de Medicare y ha aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo aquellos bajo Medicare 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 para el diagnóstico o condición para que se receta).
- – o – Está apoyada por determinadas referencias, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el *DRUGDEX Information System*.

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

Un medicamento de marca comercial es un medicamento bajo receta que se vende bajo el nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca comercial que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos” podría significar un medicamento o un producto biológico.

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. En algunos casos, usted podría obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para más información, por favor vea el Capítulo 9.

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 e Insulinas Selectas.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial con preferencia e Insulinas Selectas.
- 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.

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 proveemos electrónicamente.

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.
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 alentar a usted y su proveedor a usar los medicamentos en la forma más efectiva. Para averiguar si cualquier de estas restricciones aplica a un medicamento que usted tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentar a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Por favor tenga en cuenta que a veces un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que algunos medicamentos pueden diferir con base en su potencia, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y restricciones o costo compartido diferentes podrían aplicar a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones de abajo le informan más acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos 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.

Contacte a Servicios para Miembros para aprender lo que usted o su proveedor necesitan hacer para obtener cobertura del 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).

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 en vez del medicamento de marca comercial.** 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**”. Esto se estableció para asegurar la seguridad y ayudar 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 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.

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

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que desea que esté cubierto
--

Hay situaciones donde un medicamento bajo receta que usted toma o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando no están 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 explica en la Sección 4.
- 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.
- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que desearía que estuviese cubierto. 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, estas son opciones:

- Usted podría obtener un suministro temporal del 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 debe proveer un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da a usted tiempo de hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan O ahora está sujeto a ciertas restricciones:**

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba el plan el año pasado**, nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su 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 preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

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 tiene dos opciones:

1. Usted puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay 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.

2. 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 que 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 le informaremos de cualquier cambio antes del 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 le 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.

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

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 con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría trabajar tan bien para usted. Llame 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.

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.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Reemplazar un medicamento de marca comercial con un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de hacer cambios 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, publicamos información en nuestro sitio web sobre estos cambios. Actualizaremos también nuestra Lista de medicamentos en línea en forma regular. Abajo, indicamos las veces que usted recibirá un aviso directo si los cambios afectan al medicamento que usted está tomando.

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

- **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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel o nivel más bajo de costo compartido y con las mismas o menos restricciones. 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 cuando se agrega un medicamento genérico nuevo.
 - Podríamos no avisarle por adelantado antes de hacer el cambio; incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca comercial.
 - Si usted está tomando el medicamento de marca comercial en el momento que hacemos el cambio, le brindaremos información sobre el cambio específico. 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.
 - Usted o 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.
- **Medicamentos inseguros u otros medicamentos en la Lista de medicamentos son retirados del mercado**
 - A veces un medicamento puede ser considerado inseguro y ser retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, puede que retiremos de inmediato el medicamento de nuestra Lista de medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos 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 en la Lista de medicamentos 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.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso de 30 días por adelantado 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 que usted recibe el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o cumplir con las nuevas restricciones para el medicamento que usted toma.
 - Usted y su recetador pueden pedirnos hacer una excepción y continúe cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9.

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

Podríamos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos arriba. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si usted toma el medicamento cuando se hace el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir de enero 1 del año siguiente del plan si usted permanece en el plan.

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

- Movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted está tomando (excepto una retirada del mercado, 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 restricciones añadidas a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted necesitará consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si existen cambios en los medicamentos que usted toma que le impactarán durante el próximo año del plan.

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 medicamentos excluidos, usted debe pagarlos. Si usted apela y el medicamento solicitado no debe excluirse bajo la Parte D, nosotros lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información de cómo apelar una decisión, vea el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la 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 o 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.
 - La cobertura para “uso fuera de la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias. Estas referencias, como el *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el *DRUGDEX Information System*.

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

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

- Medicamentos de venta libre (sin receta)
- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de síntomas de la tos o resfríos
- Medicamentos usados con propósitos estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas o productos minerales bajo receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos usados para tratar una disfunción sexual o impotencia
- Medicamentos usados 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

Además, si usted **está recibiendo "Ayuda Adicional"** para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente cubre. Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, 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 Surtir una receta

Sección 8.1	Brinde su información de membresía
--------------------	---

Para surtir su receta, presente la información de membresía de su plan que se encuentra en su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente facturará a nuestro plan la parte de su costo del medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando recoja su receta.

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

Si usted no tiene la información de membresía con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar 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 bajo receta siempre que los medicamentos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

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 usa una farmacia que suministra medicamentos para todos los residentes. Si usted es residente de un LTC, podría obtener sus medicamentos bajo receta a través de la farmacia del centro o la que usa, siempre que esta farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, por favor comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted está en un LTC, debemos asegurar que usted puede rutinariamente recibir sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

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

Por favor consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

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? 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 tiene cobertura de un empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que usted recibe de nosotros será *secundaria*. 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”.

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 este aviso 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 la cobertura acreditable, solicite una copia al 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?
--------------------	---

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ej., anti náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están 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 estos medicamentos que deberían ser cubiertos por

nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o recetador que brinde un aviso antes que se surta su receta.

En caso en que usted canceló su elección de hospicio o es dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir los medicamentos según se explicó en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su cancelación o dada de alta.

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.

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
- 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 ayuda a asegurar que los miembros usen seguramente opiáceos recetados y medicamentos 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 medicamentos opiáceos o benzodiazepinas no es seguro, podríamos limitar cómo usted obtiene esos medicamentos. Si le colocamos en nuestro DMP, 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 planificamos limitar cómo podría obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta explicará 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 o la limitación, usted y su recetador tienen el derecho a una apelación. Si usted elige la apelación, 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.

Usted no será colocado en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el 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.

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

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. Durante la revisión, usted puede hablar sobre 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 que tiene una lista de recomendaciones que incluye los pasos que debería tomar para obtener mejores resultados de sus medicamentos. Además, usted recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuando y por qué los toma.

Es una buena idea hablar con su doctor sobre su lista de recomendaciones y su lista de medicamentos. Lleve el resumen 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 actualizada y con usted (por ejemplo, con su ID) en caso de que vaya al hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adecúa 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. Si tiene cualquier pregunta acerca de este programa, por favor contacte a Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿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”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se concentra en lo que usted paga por 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, usted necesita saber lo esencial sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explican estas reglas.

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

Existen diferentes 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”** es una suma fija que usted paga cada vez que surta una receta.
- **“Coseguro”** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo
--------------------	--

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta contra los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debe seguir para dar seguimiento a los costos de su bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los costos de su bolsillo

Los costos de su bolsillo pueden 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):

- 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 son 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:

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

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) han gastado un total de \$7,400 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

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

- Medicamentos que usted compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- 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 llamando a Servicios para Miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios de Parte D que usted recibe incluye el monto actual de costos de su bolsillo. Cuando este monto llega a \$7,400, 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 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
--------------------	--

Hay “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de sus medicamentos bajo receta bajo PHP. Cuánto usted paga depende en qué etapa de estas usted está al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa están en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de su deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de brecha de cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina. Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido está, aún si no ha pagado su deducible.

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 “<i>Explicación de Beneficios de Parte D</i>” (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.

Si usted ha tenido una o más recetas surtidas a través de nuestro plan durante el mes previo, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte* (“EOB de Parte D”). La EOB de Parte D 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 el precio total del medicamento y la información sobre aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **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.

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.** Esto nos ayuda a asegurar que sepamos las recetas que surte y lo que está pagando.
- **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:
 - 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.
 - 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.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, usted puede pedir a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **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 enviarnoslo para que podamos seguir el rastro de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una EOB de Parte D por correo, lea el documento para estar seguro de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que algo falta en el informe, o si tiene

preguntas, por favor llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de 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 \$505 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. El "costo total" es usualmente menos que el precio total normal del medicamento porque nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de las farmacias en la red.

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 etapa de cobertura inicial.

No hay un deducible para Insulinas Selectas de PHP. Durante su etapa de deducible, los costos de su bolsillo para estas Insulinas Selectas serán \$35 para un suministro de un mes. Para averiguar cuáles medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proveemos electrónicamente. Usted puede identificar a las Insulinas Selectas en nuestra Lista de medicamentos por "SI" en la columna rotulada "Requisitos/Límites". Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, usted también puede llamar a Servicios para Miembros.

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 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
- Una farmacia que no está en la red del plan. Nosotros cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Por favor lea el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuando cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

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 <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	---

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

Como se muestra en el cuadro de abajo, el monto del coseguro depende del nivel de costo compartido .

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

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) (Insulinas Selectas)	15% \$35	15% \$35	15% \$35
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca comercial con preferencia) (Insulinas Selectas)	15% \$35	15% \$35	15% \$35
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca comercial sin preferencia) (Insulinas Selectas)	25%	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados) (Insulinas Selectas)	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. Podría haber ocasiones cuando usted o su médico desean tener menos de un mes de suministro de un fármaco (por ejemplo, cuando usted está probando un medicamento por primera vez). Usted también puede pedir a su doctor que recete, y que su farmacéutico surta, menos de un suministro de todo un mes de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor sus fechas de surtido para recetas diferentes.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menos porque el costo total del medicamento será menos.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, usted solo pagará el número de días del medicamento que usted recibe en vez de todo un mes. 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.

Sección 5.4	Un cuadro que muestra sus costos para un suministro de <i>largo plazo</i> de 100 días de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro de largo plazo (también se llama un "suministro extendido"). Un suministro de largo plazo es un suministro para 100 días.

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

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) (Insulinas Selectas)	15% \$35
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca con preferencia) (Insulinas Selectas)	15% \$35
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 \$4,660
--------------------	--

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 \$4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de Parte D que recibe lo ayudará a hacer el seguimiento de cuánto pagaron usted, el plan y cualquier tercero, por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si llega a este monto. Si usted llega a este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha de cobertura. Vea la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de brecha de cobertura

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 lo pasa a través de la brecha de cobertura.

Usted también recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no paga más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solamente el monto que usted paga cuenta y lo pasa a través de la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que los pagos anuales de su bolsillo lleguen a un monto máximo que Medicare ha establecido. Cuando usted llega al límite de \$7,400 de su bolsillo, usted deja la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos de su bolsillo (Sección 1.3).

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

PHP ofrece brecha de cobertura adicional para Insulinas Selectas. Durante la etapa de Brecha de cobertura, los costos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán \$35 para un suministro de un mes. Para averiguar cuáles medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proveemos electrónicamente. Usted puede identificar a las Insulinas Selectas en nuestra Lista de medicamentos por "SI" en la columna rotulada "Requisitos/Límites". Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, usted también puede llamar a Servicios para Miembros.

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

Usted entra en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de su bolsillo han llegado al límite de \$7,400 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. Usted pagará:

- **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 \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como un genérico y un copago de \$10.35 para todos los otros medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas - 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**.

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).

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

1. El tipo de vacuna (para qué usted se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Vea el *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*, en el Capítulo 4).
- 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.

- La vacuna en sí podría dispensarse en una farmacia o ser provista por el consultorio del médico.

3. Quién le da la vacuna.

- Un farmacéutico podría darle la vacuna en la farmacia u otro proveedor podría darla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en el estado de medicamentos que usted esté.

- A veces cuando recibe una vacuna, usted tiene que pagar el costo total tanto de la medicación misma como el costo del proveedor que le administra la vacuna. Usted puede pedir a nuestro plan que le devolvamos nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando usted recibe una vacuna, usted pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

A continuación, hay tres maneras en que usted podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la 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 pagará a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna misma, el cual incluyen el costo de darle a usted la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

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

- Cuando usted recibe la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que le administró la vacuna.
- Luego usted puede pedir a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde, usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- 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.
- Se le reembolsará el monto que cobra el médico por administrar la vacuna.

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

A veces cuando usted recibe atención médica u obtiene un medicamento bajo receta, tal vez deba pagar el costo total. En otros momentos, usted podría advertir que pagó más de lo que esperaba conforme a las reglas de cobertura del plan. En estos 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. Podrían existir fechas límites que usted debe cumplir para recibir un reembolso. Por favor vea la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber ocasiones en que usted recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su costo compartido como se discutió en este documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios debieran estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted no debería pagar nunca más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está bajo contrato, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

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 o de necesidad urgente de cualquier proveedor, si el proveedor pertenece o no pertenece a nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de necesidad urgente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proveer la atención de emergencia. Si usted accidentalmente 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

- 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. 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.
- 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. (Esto 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, tal como recibos o facturas, para que gestionemos el reembolso.

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red, 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.

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

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 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.

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

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 documento 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

Usted puede solicitarnos que le devolvamos lo que pagó al llamarnos o enviándonos 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. **Usted debe presentar su reclamación con nosotros dentro de los 180 días** a partir de la fecha que recibió este servicio, artículo o medicamento.

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

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, 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.
- 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.

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

Le enviaremos una carta que explica las razones por las que no enviamos el pago y su derecho 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 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. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para conocer los detalles de cómo presentar esta apelación, vea el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

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.)
--------------------	--

Nuestro plan está obligado a asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se provean de una manera culturalmente competente y que sean accesibles a todos los miembros, incluyendo aquellos con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellas con antecedentes culturales y étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan podría satisfacer los requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proveer servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipómetro o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipómetro).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para responder preguntas de miembros 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. Nosotros 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.

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

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

Si tiene cualquier dificultad en obtener información de nuestro plan en un formato que es accesible y apropiado para usted, para ver a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista en la red, por favor llame para presentar una reclamación con Servicios para Miembros. 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.

Section 1.1	<i>We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in large print, or other alternate formats, etc.)</i>
--------------------	---

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from 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 call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services. 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.

Sección 1.2	Nosotros debemos asegurar que usted obtenga acceso en tiempo y forma a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan, para que brinde y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo), dentista y optometrista sin una derivación.

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 dice lo que usted 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.
- Usted tiene derechos vinculados con su 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 de que quienes no están autorizados no vean ni cambien su archivo.
- Excepto en las circunstancias mencionadas abajo, si tratamos de dar su información médica a alguien que no está brindándole atención ni pagando su atención, *tenemos la obligación de obtener primero permiso por escrito de usted o alguien a quien usted le ha dado poder legal para tomar decisiones por usted.*

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Hay determinadas excepciones donde no se nos obliga a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o estipuladas por ley.
 - 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; típicamente esto requiere que la información que le identifica exclusivamente no se comparta.

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 deben 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.

Sección 1.4	Nosotros 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.

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a Servicios para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información de la situación financiera del plan.
- **Información de los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a que recibir información de las calificaciones de proveedores y farmacias en nuestra red y cómo pagamos a los proveedores en nuestra red.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Información de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando usa su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proveen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proveen información sobre la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.
- **Información de por qué algo no está cubierto y qué puede usted hacer al respecto.** El Capítulo 9 provee información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también provee información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión.

Sección 1.5	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relativas a su atención
--------------------	--

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. 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.** 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.

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.** Usted puede obtener una directiva anticipada de 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.
- **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 quien puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También podría darles copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Conserve 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.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- 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, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o hacer una apelación, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer. Sin importar lo que haga –pedir decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **nosotros tenemos la obligación de tratarlo justamente.**

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, orientación sexual o nacionalidad, usted debería llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿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**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para ver detalles, vea el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY llamen 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**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para ver detalles, 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. (TTY llamen al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene determinadas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se listan abajo. Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** *Use la 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.
 - 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.**
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscripto en nuestro plan.** *Presente su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica u obtenga medicamentos bajo receta de la Parte D.*

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo, dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para ayudar a recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica todo lo que pueda acerca de sus problemas de 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.
- **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:
 - Usted debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir inscriptos 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.
 - Si se le exige pagar su penalidad por inscripción tardía, debe pagar la penalidad.
 - Si se le exige pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir inscripto en el plan.
- **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 *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, es también importante informar al Seguro Social (o la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, usted necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, usted necesita usar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas reclamaciones.

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué son los términos legales?

Hay términos legales 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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa 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”.
- Además, usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse más precisamente para 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 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aún si tiene una queja sobre la manera en que le tratamos, estamos obligados a honrar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería contactar a nuestro servicio al cliente para recibir ayuda. Pero en algunas situaciones, usted también podría querer ayuda o asesoramiento de una persona que no esté conectada con nosotros. Abajo hay dos organizaciones que pueden asistirle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. 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 y los URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

Usted también puede contactar a Medicare para recibir ayuda al:

- 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.
- Visitar el sitio Web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debería usar?

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.

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

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas respecto a si una atención médica 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.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para las cuestiones básicas de decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No.

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"**

APELACIONES Y DECISIONES DE COBERTURA

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
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan con problemas vinculados a sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos bajo receta, incluso el pago. 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 antes de recibir los servicios

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

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

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 esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, usted puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o “apelación rápida”. Su apelación es gestionada por revisores diferentes que aquellos que tomaron la decisión original.

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 verificar si estábamos siguiendo las reglas adecuadamente. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud para una apelación de Nivel 1 se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuando se rechazará la solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hizo la solicitud en su nombre, pero no estaba legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, le enviaremos una aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión del rechazo.

Si no rechazamos su caso, pero decimos no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a la apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es conducida por una organización independiente de revisión que no está conectada con nosotros. (Apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a una organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2. Usted no necesita hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos no a la totalidad o parte de su apelación, usted necesitará pedir una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se discuten en más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión en la apelación de

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

Nivel 2, usted puede continuar atravesando niveles adicionales de apelación. (La sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Estos son recursos si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos al teléfono de Servicios para Miembros**.
- Usted puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer un pedido por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, necesita ser nombrado su representante. Por favor llame a Servicios para Miembros 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).
- Para atención médica o medicamentos recetados 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 al Nivel 2.
- Para medicamentos bajo receta de la Parte D, su doctor u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es negada en el Nivel 1, su médico u otro recetador su doctor o recetador puede solicitar una apelación del Nivel 2.
- **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.
- Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros 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-fl.org/for-members/appoint-rep). El formulario autoriza a que esa persona actúe en

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

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.

- Mientras que podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar una organización independiente de revisión para revisar nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 situaciones diferentes 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 únicamente a estos servicios: 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. Usted también puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno, por ejemplo, su programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

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 y servicios médicos. Estos son los beneficios descritos en el Capítulo 4 de este documento: *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”, lo que 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. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
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. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted ha recibido atención médica que cree que deberían estar cubiertos en el plan, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos esa atención. **Haga una apelación. Sección 5.3.**
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. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le notifica que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo, que previamente aprobamos, será reducida o suspendida, y usted

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

piensa que esta reducción o suspensión podría dañar su salud. **Haga una apelación. Sección 5.3.**

- **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 un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted necesita leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Reglas especiales aplican en estos tipos de atención.**

Sección 5.2

Paso-a-paso: Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica atención médica, se llama una **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación acelerada”**.

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

Una “decisión de cobertura estándar” se hace generalmente dentro de los 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” se hace generalmente dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para poder 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 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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

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

- Explica que usaremos las fechas límite estándares.
- Explica que, si su médico pide una decisión de cobertura rápida, nosotros automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que usted puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar, en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que quiere. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Step 3: Nosotros consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándares.

Esto 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**, si usted solicita tiempo adicional o si necesitamos más información que podría beneficiarlo **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médicos. Si decidimos usar los días adicionales, 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”. Le daremos una respuesta a su queja después de tomar una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vea la Sección 10 de este capítulo para más información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápida usamos un periodo de tiempo acelerado

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

Un decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas si su solicitud es para un servicio o artículo médicos. Si su solicitud es para un medicamento bajo receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita tiempo adicional o si necesitamos más información que podría beneficiarlo **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos usar los días adicionales, 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, puede presentar una “queja rápida”. (Vea la Sección 10 de este capítulo para más información sobre quejas). Le llamaremos inmediatamente después de que tomemos una decisión.
- **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.

Paso 4: Si decimos no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si nosotros decimos no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que usted quiere. Si hace una apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una apelación al plan, por una decisión de cobertura de atención médica, se llama una “ reconsideración ” del plan.
Una “apelación rápida” también se llama una “ reconsideración acelerada ”.

Paso 1: Decidir si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

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

Una “apelación estándar” se hace generalmente dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” se hace generalmente dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que usted aún no ha recibido, usted y/o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener “una decisión de cobertura rápida” en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si usted pide una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede pedir una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si usted pide una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llamándonos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **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. 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. Usted y su médico podrían darnos información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: 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.

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

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Para apelaciones 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 tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo 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. La Sección 5.4 explica el proceso de Nivel 2.
- **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 una decisión por escrito y pasaremos automáticamente su apelación a la organización independiente de revisión, para una apelación de Nivel 2. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando recibe su apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. 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 nos

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

- tomamos días adicionales, 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”. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Vea la Sección 10 de este capítulo para más información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período de extensión), enviaremos su solicitud a un Nivel 2 de apelación, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. La Sección 5.4 explica 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 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 nuestro plan dice no a parte o a la totalidad de su apelación**, nosotros enviaremos automáticamente su apelación a la organización independiente de revisión, para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4

Paso-a-paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “Organización Independiente de Revisión” es “**Entidad Independiente de Revisión**”. A veces se la llama “**IRE**”.

La **organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es la correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo de esta organización.

Paso 1: La organización independiente de revisión revisa su apelación.

- 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.**

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

- 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

- Para una “apelación rápida”, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir 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.

Si usted tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2.

- Para una “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de 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 una 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

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

después de recibir la decisión de la organización revisora para solicitudes estándares o dentro de las 72 horas a partir que 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 estándares**. Para **solicitudes rápidas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha que recibimos la decisión de la organización revisora.
- **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" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. La notificación escrita que usted recibe de la organización independiente de revisión le dirá la cantidad en dólares que usted debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
 - Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 desea pasar al Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después de su apelación de Nivel 2
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de leyes administrativas o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo informa los procesos de apelación de Niveles 3, 4 y 5.

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

Sección 5.5 ¿Qué ocurre si usted nos pide que paguemos nuestra parte del costo de una factura que ha recibido por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuando usted podría pedir un reembolso o el pago de una factura que ha 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. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos para ver si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos para ver si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si decimos sí a su solicitud:** Si la atención médica 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. Si usted no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos no a su solicitud:** 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 dice que no pagaremos los servicios y las razones en detalle para ello.

Si usted no está de acuerdo 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 apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relativas al reembolso, por favor tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días después de recibir su apelación. Si usted nos pide que le 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

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 incluyen cobertura de muchos medicamentos bajo receta. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vea el Capítulo 5 para más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para detalles sobre los medicamentos, reglas, restricciones y costos de los medicamentos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **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”. También usaremos el término lista de medicamentos en vez de “lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las reglas, usted nos puede preguntar. Algunos medicamentos requieren que usted reciba autorización de nuestra parte antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse de la manera en que fue escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito explicando cómo contactarnos para pedirnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se llama “determinación 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 medicamentos. Esta sección informa sobre lo que usted puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que levantemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, los límites en la cantidad del medicamento que usted obtiene). **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Pedir pagar un monto menor de costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel más alto de costo compartido. **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento bajo receta que ya compró. **Pedirnos que le reembolsemos dinero. Sección 6.4**

Si usted discrepa una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2	¿Qué es una excepción?
--------------------	-------------------------------

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama solicitar una "excepción al formulario" .
Solicitar la remoción de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una "excepción al formulario" .
Pedir pagar un precio más bajo para un medicamento sin preferencia cubierto se llama a veces pedir una "excepción de nivel" .

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.

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

Para que nosotros consideremos la solicitud de una excepción, su médico u otro recetador necesitará explicar las razones médicas de por qué usted necesita la aprobación de una excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos.** Si aceptamos 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. Usted no puede pedir una excepción al monto del copago que exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Remover una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si estamos de acuerdo con hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, usted puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que exigimos 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.
 - 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.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento en un monto menor de costo compartido. Este sería el costo del nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su condición.
 - 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.
 - Usted no puede pedirnos el cambio del nivel de costo compartido si cualquier medicamento está en el nivel 4 de medicamentos especializados.

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

- 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 recetándole el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si decimos no a su solicitud, usted puede pedir otra revisión, haciendo una apelación.

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

Término legal

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

Paso 1: Decidir si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

“Decisiones de cobertura estándar” se hacen dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **“Decisiones de cobertura rápida”** se hacen dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo exige, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Usted debe pedir 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).
- Usar las fechas límite estándares podría dañar seriamente su salud o perjudicar sus funciones.
- **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 no aprobamos su decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Le dice cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recibirla.

Step 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir, o enviarnos un fax para hacer su solicitud para que autoricemos o proveamos la atención médica que usted desea. También puede acceder

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

el proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud escrita, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para asistirnos en el procesamiento de su solicitud, por favor asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación se están apelando.

Usted, su médico o alguien que actúa en su nombre y representación pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre y representación. La Sección 4 de este capítulo dice cómo usted puede dar permiso escrito para que otra persona actúe como su representante.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”** lo cual es las razones médicas para la excepción. 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.

Paso 3: Nosotros consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Nosotros debemos darle nuestra respuesta, por lo general, **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, 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.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, nosotros debemos proveer 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 puede apelar.

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

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que no ha recibido aún.

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, 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.
- **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 72 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 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.
 - 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 revisora independiente.
- **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 puede apelar.

Paso 4: Si decimos no a su solicitud de cobertura, usted puede hacer una apelación.

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

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión al hacer una apelación. Esto significa pedirnos nuevamente la cobertura del medicamento que quiere. Si hace una apelación, esto significa pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso-a-paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama una **"redeterminación"** del plan.

Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada"**.

Paso 1: Decidir si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Una "apelación estándar" se hace usualmente en 7 días. Una "apelación rápida" se hace generalmente en 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida".

- 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: Usted, su representante o su médico u otro recetador, deben contactarnos y hacer su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedir una "apelación rápida".

- **Para una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para una apelación rápida, usted podría presentar su apelación por escrito o llamándonos al teléfono** (800) 267-0067 (TTY 711). El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **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. Por favor asegúrese de incluir su

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

nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para asistirnos en el procesamiento de su solicitud.

- **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, explique la razón de por qué su apelación llegó tarde cuando hace 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 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 y su médico podrían darnos información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: 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"

- Para apelaciones 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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.

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

Fechas límite para una “apelación estándar” para un medicamento que usted no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el medicamento y su condición médica nos lo exige.
 - 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos dar la cobertura que hemos aceptado dar con la rapidez que su salud lo exija, pero **no más de 7 días calendario** después de recibir su 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.

Fechas límite para una “apelación estándar” para un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si 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.
- **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 4: 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 decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso-a-paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la "Organización Independiente de Revisión" es " Entidad Independiente de Revisión ". A veces se la llama " IRE ".

La **organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es la correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: 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 de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones de cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización independiente de revisión. Estas instrucciones dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite usted debe respetar y cómo contactar a la organización revisora. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del periodo de tiempo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre la determinación "en riesgo" bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamación a la IRE.
- 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.

Los revisores en la organización independiente de revisión estudiarán cuidadosamente toda la información vinculada a su apelación.

Fechas límite para la "apelación rápida"

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

- 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 de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después que recibe su solicitud de apelación.

Fechas límite para la “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de 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.

Paso 3: La organización independiente de revisión le da su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización independiente de revisión dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos dar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización independiente de revisión dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, 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 dice sí a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolsarle** un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después que recibimos la decisión de la organización revisora.

¿Qué ocurre si la organización revisora dice 'no' a su apelación?

Si esta organización dice no a **parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta:

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

- Explicando su decisión
- Notificándole su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. Si la cantidad en dólares de la cobertura del medicamento es demasiado baja, usted no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es la final.
- Explicándole que la cantidad en dólares debe disputarse para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 4: 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 quiere pasar al Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en la notificación escrita que recibió después de la decisión de Nivel 2.
- La apelación de 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.

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). 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 se decidió su fecha de alta, 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.

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

Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare que habla de sus derechos
--------------------	---

Dentro de los dos días de ser admitido 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. Si usted no recibe esta notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social de caso o enfermero), pídasela cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY al 1-877-486-2048).

1. Lea cuidadosamente esta notificación y haga preguntas si no comprende lo que dice. Le informa acerca de:

- 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.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga por la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de su alta hospitalaria si piensa que le están dando el alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o alguien que actúa en su nombre que firmen la notificación.
- Firmar la notificación demuestra *solamente* que usted ha recibido la información acerca de sus derechos. La notificación no le dice su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

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

3. Conserve su copia de la notificación a mano para tener 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 de su dada de alta del hospital, recibirá otra copia antes del alta programada.
- Para mirar una copia de esta notificación con anticipación, usted puede llamar a Servicios para Miembros 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 verla en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices

Sección 7.2	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de 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.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de 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 inmediata de su alta hospitalaria. Usted debe actuar rápidamente.

¿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, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la

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

Calidad en su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y **como máximo la medianoche del día de su dada de alta programada**.
 - **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.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su dada de alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad nos contactará. Al mediodía del día después de que fuimos contactados, le daremos una **Notificación detallada de dada de alta**. Esta notificación le da su fecha de dada de alta planificada y explica las razones de por qué su médico, el hospital y nosotros pensamos que es la correcta (medicamente adecuada) para que usted sea dado de alta en esa fecha.

Para obtener una copia de la **Notificación detallada de dada de alta**, usted puede llamar a Servicios para Miembros 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 una muestra de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué

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

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.

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*, **nosotros debemos seguir dándole servicios cubiertos de paciente hospitalizado siempre y cuando estos servicios 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 en sus servicios cubiertos de atención hospitalaria.

¿Qué ocurre si la respuesta es 'no'?

- Si la organización revisora dice *no*, 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 de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo *no* 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 de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante una apelación de 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 de Nivel 2, puede que usted deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha planificada de su alta.

Paso 1: Contacte 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 de 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 apelación de Nivel 2, los revisores decidirán en cuanto a su apelación y le comunicarán 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**

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

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 de Nivel 1. 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.

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 usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que usted recibe después de su decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada 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 de Nivel 1?
--------------------	--

Término legal

Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama " apelación acelerada ".

Usted puede apelar a nosotros en cambio

Como se explicó arriba, usted debe actuar rápidamente para empezar su apelación de la fecha de dada de alta del hospital. Si pierde la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

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

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 de Nivel 1 *Alternativa*

Paso 1: Contáctenos y pida una “revisión rápida”.

- **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”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

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.

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,** 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,** 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.

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

Paso 4: Si decimos *no* a su apelación, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso-a-paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *Alternativa*

Término legal
El nombre formal para la "Organización Independiente de Revisión" es " Entidad Independiente de Revisión ". A veces se la llama " IRE ".

La **organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es la correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Nosotros automáticamente enviaremos su caso a la organización independiente de revisión.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su apelación de 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 72 horas.

- Los revisores 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 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.

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

- 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 escrita que usted recibe de la organización independiente de revisión le dirá cómo empezar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, el cual es manejado por un juez de leyes administrativas o un 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 de Nivel 2, usted decide si aceptará esa decisión o si pasará al Nivel 3.
- 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	<i>Esta sección es acerca de tres servicios <u>solamente</u>:</i> Atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada y servicios en Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)
--------------------	---

Cuando usted recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, 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.

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.

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
--------------------	---

Términos legales

“ Notificación de No Cobertura de Medicare ”. le dice cómo usted puede pedir una “ apelación acelerada ”. Solicitar una apelación acelerada es una manera legal y formal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura de cuándo suspender su cobertura.
--

1. **Usted recibe una notificación escrita**, por lo menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su atención. La notificación le dice:
 - La fecha en que nosotros suspenderemos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por más tiempo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que lo está representando, firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** 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 de 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.
- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha del fin de su atención médica es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica empleados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan en cuanto a la fecha de suspensión de la cobertura de determinados tipos de atención médica.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y pida una apelación acelerada. Usted debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede usted contactar a esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Notificación de falta de cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar 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.

Actúe rápidamente:

- 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.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- 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.

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

Término legal
"Explicación detallada de no cobertura". Notificación que provee detalles sobre los motivos para terminar su cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("los revisores") 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 recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nosotros que explica en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo, después de contar con toda la información necesaria, los revisores le comunicarán la decisión.

¿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). Podría haber limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿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.**
- 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.

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

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen *no* a su apelación de Nivel 1 –y usted elige continuar recibiendo atención después que terminó su cobertura de atención– entonces usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso–a–paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan le cubra su atención durante más tiempo
--------------------	---

Durante una apelación de 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 de 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.

Paso 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida 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 de 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'?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que dijimos que su cobertura finalizaría. **Nosotros**

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

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 de Nivel 1.
- 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, lo cual es realizado por 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 desea pasar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 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 de Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede hacer una apelación a nosotros

Como se explicó arriba, 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 de Nivel 1 *Alternativa*

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

Término legal
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama " apelación acelerada ".

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando las fechas límite "rápidas" y no las fechas límite "estándar". El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

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.

Paso 3: Nosotros le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después que usted pide una "revisión rápida".

- **Si decimos sí a su apelación**, 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**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- 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 **usted deberá pagar el costo total de la atención**.

Paso 4: Si decimos *no* a su apelación rápida, su caso *automáticamente* irá al siguiente nivel del proceso de apelación.

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

Término legal
El nombre formal para la “Organización Independiente de Revisión” es “ Entidad Independiente de Revisión ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso-a-paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 *Alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización independiente de revisión** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos no a su “apelación acelerada”. **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 elegida por Medicare para hacer el trabajo de una organización independiente de revisión. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Nosotros automáticamente enviaremos su caso a la organización independiente de revisión.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su apelación de 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. 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.

- Los revisores de 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 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 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 los servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó y no la cambiará.

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

- La notificación escrita que recibe de la organización independiente de revisión le dirá qué puede hacer si desea empezar una apelación de 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 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 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 de Nivel 1 y una apelación de 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. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo hacer una apelación de 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 de Nivel 3 Un 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***

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

haber terminado A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, 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 de Nivel 4 con todos los documentos pertinentes. Nosotros podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **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. La notificación que usted recibe le dice qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de 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 de Nivel 3, el proceso de apelación *podría haber terminado o podría no haber terminado*** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si queremos llevar esta apelación al Nivel 5.
 - 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*.**

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

- 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 de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá decir *sí* o *no* a su solicitud. Esta es la respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha hecho una apelación de Nivel 1 y una apelación de 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 de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una apelación de 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 de Nivel 3 Un 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.** 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.

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

- **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. La notificación que recibe le dice qué hacer a continuación si elige pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de 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.** 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. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá decir *sí* o *no* a su solicitud. Esta es la respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja por la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de 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. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está usted descontento con la calidad de atención que ha recibido (incluyendo atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está usted descontento con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Siente usted que la situación lo estimula a abandonar el plan?

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

Tiempos de espera	• ¿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 o no recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está usted desconforme con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
La información que obtiene de nosotros	• ¿Hemos fallado en darle una notificación obligatoria? • ¿Es nuestra información escrita 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)	Si usted ya pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que nosotros no estamos respondiendo con la suficiente celeridad, puede presentar una queja de nuestra lentitud. Estos son ejemplos: • Si pidió una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y hemos dicho que no; usted puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; usted puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamento que hemos aprobado; usted puede presentar una queja. • Usted cree que fallamos en cumplir con las fecha límite para enviar su caso a una organización independiente de revisión; usted puede presentar una queja.

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

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se llama “**reclamación**”.
- “**Presentar una queja**” también se llama “**presentar una reclamación**”.
- “**Usar el proceso de quejas**” también se llama “**usar el proceso de interponer una reclamación**”.
- Una “**queja rápida**” también se llama “**reclamación acelerada**”.

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.
- **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, procesaremos su queja usando nuestros plazos “rápidos”. Para este tipo de queja, usted debe llamar a Servicios para Miembros para presentar su queja.

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

También puede presentarnos su queja por fax al (888) 235-8552 o por email a php@positivehealthcare.org.

- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento que tuvo el problema del que desea quejarse.

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.
- **La mayoría de las quejas son respondidas dentro de 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 está presentando una queja porque negamos su solicitud para una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en 24 horas**.
- **Si nosotros estamos de acuerdo** con alguna parte de su queja, o toda su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 10.4	Usted también puede presentar quejas acerca de la calidad de atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
---------------------	--

Cuando su queja se trata de *calidad de atención*, usted también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** 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. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y con nosotros al mismo tiempo.**

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

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. Usted también puede llamar 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

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar 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 porque *así lo decidió*. Las Secciones 2 y 3 proveen información sobre finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde 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, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos bajo receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted darse de baja de nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede darse de baja durante el Período de Inscripción

Usted puede darse de baja de nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (que también se conoce como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida acerca de la cobertura para el año entrante.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Es de octubre 15 a diciembre 7.
- **Elija 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 salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos bajo receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
 - Si usted elige esta opción, 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.

- **Su membresía en nuestro plan 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**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es desde enero 1 a marzo 31.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de 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 también puede unirse a un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare en ese momento.
- **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.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede darse de baja durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	--

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**.

- **Usted podría ser elegible para darse de baja durante un Período de Inscripción Especial** si cualquiera de las siguientes situaciones aplica a usted. 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).
 - Si usted se inscribe en el programa de Atención Total para los Ancianos (PACE)
 - **Nota:** Si usted está en un programa de manejo 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.
 - **Los Períodos de Inscripción Especial** varían según la situación.
 - 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. Usted puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de 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
- 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

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía usualmente finalizará el primer día del mes después de que su solicitud de cambiar su plan se recibe.

- **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.

Sección 2.4 ¿Dónde puede usted obtener más información de cuándo puede darse de baja?

Si tiene preguntas sobre finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede buscar la información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- 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 (TTY 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

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:
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. Usted automáticamente será dado de baja de PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original con un plan separado de Medicare de medicamentos bajo receta.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos bajo receta de Medicare.

	Usted automáticamente será dado de baja de PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de Medicare de medicamentos bajo receta.	• Envíenos una solicitud escrita para que le demos de baja. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacer esto. • 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

Hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare comience, usted debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos bajo receta a través de nuestro plan.

- **Continue usando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continue usando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas.**
- **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, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que planea mudarse o viajar está dentro del área de nuestro plan.
- Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad especiales del 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 ya 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.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en el plan

- 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.
- 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, llame a Servicios para Miembro.

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> 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
--------------------	---

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.

¿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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si nosotros le damos de baja del plan
--------------------	--

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.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación acerca de la legislación aplicable

La ley principal que aplica a esta *Evidencia de Cobertura* 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. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o son explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación acerca de no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivo de raza, etnicidad, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, 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. Usted también puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, por favor llámenos a Servicios para Miembros. 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

Capítulo 11: Notificaciones legales

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 palabras importantes

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si discrepa 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 nuestra decisión de suspender servicios que usted está recibiendo.

Área de Servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan médico particular. 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 debe darlo de baja si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

Asistente de salud en su domicilio – Una persona 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).

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 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. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare o de un estado 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 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.

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, 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 (por ejemplo \$10) en vez de un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le podría exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios o medicamentos bajo receta después que pagó cualquier deducible.

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.

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 provisto por personas sin destrezas o entrenamiento profesional incluye 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.

Darse de baja o Dada de baja – El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Deducible – El monto que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan pague.

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.

Determinación de la organización – Una decisión que nuestro plan toma con 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.

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 (y, si usted es una mujer embarazada, pérdida de un niño no nacido), pérdida de la función de una extremidad o pérdida o impedimento grave de una función corporal. 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”.

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 \$7,400 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 \$4,660.

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 (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 nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si nuestro 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 que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos bajo receta. 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. 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.

Hospicio – Un beneficio que provee tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado con una enfermedad terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos de vida. 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.

Indicación Medicamento Aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldada por ciertos libros de referencia.

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.

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.

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 estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para los dos, Medicare y Medicaid.

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. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertas por todos los planes.

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).

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 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 inscripto en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Necesidad urgente de servicios – Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia provistos cuando los proveedores de la red no están temporalmente disponibles ni inaccesibles o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención durante el fin de semana. Los servicios deben de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

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.

Parte C – ver “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – El programa de beneficios de medicamentos bajo receta voluntario de Medicare.

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 Parte D.

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 – El tiempo de enero 1 a marzo 31 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 también está disponible por un periodo de 3 meses después que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de Inscripción Anual – El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos, o pasarse a Medicare Original.

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 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 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). 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 de Atención Crónica de Necesidades Especiales (C-SNP) – Los C-SNP son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas de necesidades especiales con condiciones crónica severas y que discapacitan definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de los servicios de las Partes A y B de Medicare y una coordinación de la atención obligatoria para todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para poder recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción provistas a los C-SNP.

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). Aparte de elegir estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). 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**.

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 Institucional de Necesidades Especiales– Un plan 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), una instalación psiquiátrica para pacientes internados y/o centros aprobados por CMS que proveen servicios similares de atención médica a largo plazo cubiertos bajo Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid y aquellos cuyos residentes tienen necesidades y estados de atención médica similares que los otros tipos de centros nombrados. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario y operar) la(s) instalación(es) LTC específica(s).

Plan Institucional de Necesidades Especiales Equivalente – Un plan 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 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, planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Total para los Ancianos (PACE).

Plan de Necesidades Especiales de Elegibilidad Dual (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a persona que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren los costos de Medicare, dependiendo de la elegibilidad del estado y la persona.

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 inscriptos 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.

Prótesis y dispositivos ortopédicos – Los dispositivos médicos 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) – El médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de sus problemas de salud. 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.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término general 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. "**Proveedores de la red**" 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. 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 que no tiene un contrato con nuestro plan para 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.

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. También incluye quejas sobre que su plan no sigue los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamación – Un tipo de queja que usted hace acerca de nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Esto 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 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 deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como cobertura de la visión, dental o de la audición, que un plan de Medicare Advantage podría ofrecer.

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.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) – Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa de farmacia – Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta 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.

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) 267-0067 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-fl.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