

1 de enero – 31 de diciembre de 2026



Evidencia de cobertura:

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

Este documento brinda los detalles de su cobertura de medicamentos y atención médica de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, PHP, es ofrecido por AIDS Healthcare Foundation. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", 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 grande y casetes de audio.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y ayudas y servicios auxiliares

Inglés – If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-263-0067 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish/Español – ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chino simplificado/中文 – 注意:如果您说[中文],我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务,以无障碍格式提供信息。致电 1-800-263-0067(文本电话:711)或咨询您的服务提供商。

Chino tradicional/台語 – 注意:如果您說[台語],我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務,以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-263-0067(TTY:711)或與您的提供者討論。

Vietnamita/Việt – LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-263-0067 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalo – PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Korean/한국어 – 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Armenio/ՀԱՅԵՐԵՆՆ – ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-263-0067 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Farsi/ فارسي –

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-800-263-0067 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Ruso/РУССКИЙ – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-263-0067 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Japonés/日本語 – 注:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-263-0067(TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Árabe/العربية –

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-263-0067 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

Punjabi/ਪੰਜਾਬੀ – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ T ੭੭੭੭ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Khmer/ភាសាខ្មែរ – សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចភ្នំក៏មានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-263-0067 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Hmong/Lus Hmoob – LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Hindi/हिंदी – ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Thai/ไทย – หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-263-0067 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

La discriminación es contra la ley

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

PHP:

- Brinda ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067.

Si cree que PHP no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, 1-800-263-0067, TTY 711, fax 1-888-235-8552, email: php@positivehealthcare.org. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por email al:

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>.

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para la membresía	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para PHP	10
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima de su plan mensual	14
SECCIÓN 6	Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1	Contactos de PHP	19
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)	27
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	28
SECCIÓN 5	Seguridad Social	29
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios (RRB)	34
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	35
CAPÍTULO 3:	Usar nuestro plan para sus servicios médicos	36
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2	Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	38
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	44
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	45

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una institución religiosa de fines no médicos	47
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	48
CAPÍTULO 4:	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga) ...	50
SECCIÓN 1	Comprender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	52
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	101
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D.....	105
SECCIÓN 1	Reglas básicas de cobertura de la Parte D de nuestro plan	105
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red	105
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	108
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	110
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría.....	112
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar en el año.....	115
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	117
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	119
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..	119
SECCIÓN 10	Programas sobre los seguridad de medicamentos y manejo de los medicaciones.....	121
CAPÍTULO 6:	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	125
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	125
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de PHP	127
SECCIÓN 3	Su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra.....	128
SECCIÓN 4	La etapa del deducible	130
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	130
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	135

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	135
CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....138		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	138
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió	141
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	141
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades143		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	143
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	150
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)152		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	152
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	152
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema.....	153
SECCIÓN 4	Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	154
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	158
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	167
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto	179
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	184
SECCIÓN 9	Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	189
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.....	192

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 10: Cancelar la membresía en nuestro plan.....	197
SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan	197
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	197
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?.....	200
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	201
SECCIÓN 5 PHP debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones	201
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....	204
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....	204
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....	204
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del segundo pagador de Medicare	205
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	206

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en PHP, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de 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 brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen VIH/SIDA.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento del VIH/SIDA. También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de las personas con esta afección. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se usan para tratar el VIH/SIDA. Como miembro del plan, obtiene beneficios especialmente adaptados a su condición y tiene toda su atención coordinada a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre el *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo PHP cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en PHP entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestro plan que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de PHP después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan

en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar PHP cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- Es ciudadano de Estados Unidos o está legalmente presente en Estados Unidos
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen abajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener VIH/SIDA.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de un mes, entonces aún es elegible para la membresía. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo de elegibilidad continua considerada.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para PHP

PHP solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este condado de California: Condado de Los Ángeles.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Contacte a Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cuando se muda, tendrá un Periodo Especial de Inscripción que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación. También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

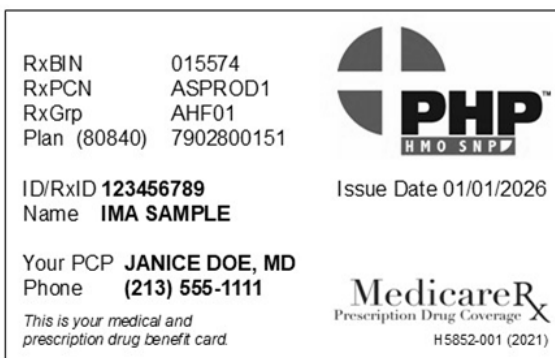
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a PHP si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. PHP debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

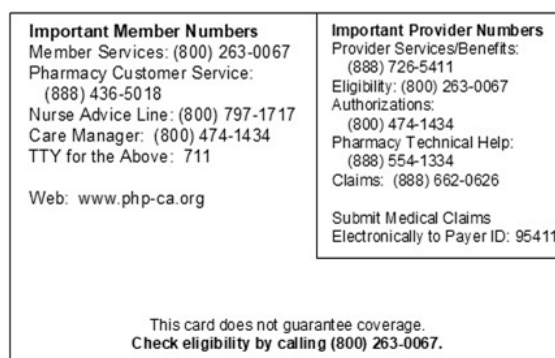
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medi-Cal, si tiene una. Muestra de la tarjeta de membresía del plan:



Frente



Atrás

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de PHP, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores en www.php-ca.org/php-provider-find enumera a los proveedores de nuestra red actual y a los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que PHP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónicamente o en papel) de Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Los directorios de proveedores en papel solicitados se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias*, www.php-ca.org/php-provider-find, enumera las farmacias de nuestra red. Las **Farmacias de la red** son farmacias que aceptaron surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.php-ca.org/php-provider-find.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en PHP. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de PHP.

La Lista de medicamentos también indica si hay reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary o llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para PHP

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.3 para obtener más detalles.	\$0
Monto máximo de su bolsillo Es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya al Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles).	\$5,000
Visitas al consultorio de atención primaria	Copago de \$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	Copago de \$0 por visita
Estadías hospitalarias de paciente internado	• Copago de \$80 por día para los días 1 a 6 • Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 • Copago de \$0 por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6, Sección 4 para obtener más detalles).	\$615, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: 15% Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 2 de medicamentos: 22% Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 3 de medicamentos: 25% • Nivel 4 de medicamentos: 25% Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: No paga nada Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalidad por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima de plan mensual por separado por PHP.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

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 de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su periodo de inscripción inicial, hubo un periodo de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la penalidad por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en PHP, le informamos el monto de la penalidad.

No tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
 - Pasó menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Tenía cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratis y los sitios web de descuento para medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La penalidad es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, este monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el porcentaje de penalidad por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería 14% por \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalidad por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres cosas importantes que debe saber sobre la penalidad mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una penalidad** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de 65 años* y está inscrito en Medicare, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalidad por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su penalidad por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una penalidad por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalidad antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalidad por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo

adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad supera cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima de su plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Hay tres formas de pagar la penalidad.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Le enviaremos una factura y un estado de cuenta combinados mensualmente por el monto que debe. Puede pagar su factura con cheque o giro postal. Haga su cheque o giro postal a nombre de PHP. Recuerde escribir su número de identificación de miembro en su cheque o giro postal y devolver el talón de pago con su pago.

Envíe su pago en el sobre provisto con su factura o envíelo 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 factura y un estado de cuenta combinados 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 al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) y darnos la información de su tarjeta de crédito, o marcar "pagar con tarjeta de crédito" en su talón de pago y brindar la información de su tarjeta de crédito. Envíenos su talón de pago en el sobre provisto con su factura o envíelo por correo a:

Attn: Member Services

PHP

P.O. Box 46160

Los Angeles, CA 90046

Si lo prefiere, puede solicitarnos que carguemos automáticamente en su tarjeta de crédito mensualmente el monto que adeuda. Si elige esta opción, aún le enviaremos una factura mensual combinada y un estado de cuenta para sus registros. Si desea que carguemos automáticamente su penalidad en su tarjeta de crédito cada mes, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y solicite el pago automático de su penalidad. Cargaremos su tarjeta de crédito alrededor del día 10 del mes.

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

Puede hacer que la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información sobre cómo pagar su penalidad de esta manera. Estaremos encantados de ayudarlo a configurarlo.

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

Si decide cambiar la forma en que paga su penalidad por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses para que sea vigente. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de 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 al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Si tiene problemas para pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Su penalidad por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina antes del día 15 del mes.

Si tiene problemas para pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Sección 5.2 La prima de nuestro plan mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima será vigente el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una penalidad por inscripción tardía, si se debe, o si necesita comenzar a pagar una penalidad por inscripción tardía. Esto podría suceder si se vuelve elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga la penalidad por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para la Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar su penalidad.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación para trabajadores o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si es admitido en un hogar de adultos mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). También puede enviarnos cambios por email. Envíe un email a PHP@positivehealthcare.org o envíenos un email a través de nuestro sitio web en www.php-ca.org.

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra

cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Es posible que deba brindar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si hay costos que la cobertura principal no cubre. El pagador secundario no puede pagar los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la insuficiencia renal terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de PHP

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de PHP al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Estaremos encantados de ayudarle.

Servicios para Miembros - Información de contacto

Llamar

1-800-263-0067

Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.

Para obtener ayuda relacionada con la farmacia:

1-888-436-5018

Las llamadas a este número son gratis. Representantes disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para obtener consejos de enfermería de urgencia cuando el consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP) está cerrado o su PCP no está disponible:

1-800-797-1717

Las llamadas a este número son gratis. Asistencia de enfermería disponible 24 horas del día, siete días de la semana.

Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	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 solicitar una decisión de cobertura o apelar sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica - Información de contacto	
Llamar	1-800-263-0067 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
Sitio web	www.php-ca.org/for-members/using-plan/coverage-decision www.php-ca.org/for-members/using-plan/appeal

**Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D -
Información de contacto**

Llamar	1-888-436-5018 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes del plan están disponibles 24 horas del día, siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes del plan están disponibles 24 horas del día, siete días de la semana.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	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

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto	
Llamar	1-800-263-0067 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre PHP directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
Llamar	1-888-436-5018 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes del plan están disponibles 24 horas del día, siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes del plan están disponibles 24 horas del día, siete días de la semana.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre PHP directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llamar	1-800-263-0067 Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. Las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. Las llamadas a este número son gratis.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046 Email: php@positivehealthcare.org
Sitio web	<i>Solicitudes de pago de atención médica:</i> www.php-ca.org/for-members/using-plan/reimburse <i>Solicitudes de pago de medicamentos:</i> www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/reimburse

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llamar	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.
Chatea en vivo	Chatea en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escribir	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.

- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre PHP.

Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratis a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Envejecimiento.

HICAP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

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

Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) (California SHIP) - Información de contacto

Llamar	1-800-434-0222
TTY	711
Escribir	California Department of Aging Health Insurance Counseling and Advocacy Program 2880 Gateway Oaks Dr., Ste. 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	www.aging.ca.gov/HICAP

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California) - Información de contacto

Llamar	(877) 588-1123
TTY	711
Fax	(855) 694-2929
Escribir	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450 Email: Communications@commence.ai
Sitio web	www.livantaqio.cms.gov/en/states/california

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, avise al Seguro Social del cambio.

Seguro Social — Información de contacto	
Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas tareas las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 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 federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medi-Cal. Medi-Cal ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medi-Cal y Medicare, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Ángeles (DPSS).

Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Ángeles (DPSS) (programa Medi-Cal de California) - Información de contacto	
Llamar	1-866-613-3777
Escribir	Medi-Cal Mail-In Application Center P.O. Box 77267 Los Angeles, CA 90007-9819
Sitio web	https://benefitscal.com/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar su solicitud en línea
- Llame a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar

una solicitud de MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) e infórmenos que cree que se le están cobrando montos incorrectos de costos compartidos por sus medicamentos de la Parte D. Le ayudaremos a obtener evidencia de su nivel de copago adecuado. Si tiene evidencia que demuestre que debe recibir Ayuda Adicional o debe tener un nivel diferente de Ayuda Adicional, es posible que le pidamos que nos la envíe.
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le devolveremos el dinero, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) si tiene preguntas.

¿Qué pasa si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos de SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos de SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al centro de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o visite https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx.

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto

Llamar

1-800-263-0067

Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.

Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para Miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	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/mppp

SECCIÓN 8 Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios (RRB)

La Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si obtiene Medicare a través de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios (RRB) - Información de contacto

Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Presione "0" para hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. el miércoles. Presione "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
---------------	--

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	www.RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador o jubilación (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el periodo de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 **Proveedores de la red y servicios cubiertos**

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores** de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se discuten en el Capítulo 5.

Sección 1.2 **Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan**

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

PHP generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de su red debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, vaya a la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o de necesidad urgente, vaya a la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debe recibir autorización del plan antes de buscar esta atención. En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera

del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan de diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red. Su PCP es un médico capacitado para brindarle atención médica básica y especializada sobre el VIH. Todos los PCP de la red de PHP son especialistas en VIH.

Primero verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Además de brindarle gran parte de su atención, su PCP lo ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye darle referencias para radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento. "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP debe dar su aprobación por adelantado (como darle una derivación para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP también deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan para ciertos servicios. Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su nuevo PCP.

¿Cómo elegir un PCP?

Puede elegir un PCP usando el Directorio de proveedores del plan. Puede ver el directorio más reciente en nuestro sitio web www.php-ca.org/php-provider-find.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener ayuda para seleccionar un PCP. Seleccionará su PCP cuando se inscriba en PHP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP. Si tiene preguntas sobre cómo cambiar o desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Cualquier cambio de PCP que realice será vigente inmediatamente después de que recibamos su solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de PCP

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios médicos para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Cuando su PCP crea que necesita tratamiento especializado, le dará una derivación para ver a un especialista del plan. Para algunos tipos de derivaciones a especialistas del plan para procedimientos, es posible que su PCP deba obtener la aprobación o "autorización previa" por adelantado del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Debe obtener una derivación de su PCP antes de ver a un especialista del plan. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres que explicamos en la Sección 2.2. Si no tiene una referencia antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. Si su especialista quiere que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la derivación que recibió de su PCP cubra más de una visita al especialista.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Se requiere autorización previa para los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas (vaya al Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP determinará si necesita atención de un especialista u otro proveedor de atención médica que no esté disponible en nuestra red. Su PCP le dará una derivación para la atención que necesita y nos pedirá que le demos autorización. Trabajaremos con su PCP para encontrarle un proveedor adecuado, un proveedor fuera de la red si es necesario. Trabajaremos con el proveedor fuera de la red para hacer arreglos de facturación por adelantado, de modo que el proveedor facture al plan nuestra parte del costo de los servicios autorizados que le brinda. Debe tener nuestra autorización antes de ver a un proveedor fuera de la red, excepto si necesita servicios de emergencia o urgentes como se describe en la Sección 3.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención**

Sección 3.1 **Busque atención si tiene una emergencia médica**

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o una derivación de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, elija la opción para conectarse a la línea directa de enfermería fuera del horario de atención del plan. Este número también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si proveedores fuera de la red brinda su atención de emergencia, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir a atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios que se necesitan con urgencia y sigue las reglas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Si necesita servicios de atención de urgencia, comuníquese con su PCP. El número de teléfono de su PCP se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro. Si el consultorio de su PCP cerró o no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para

Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). También puede llamar a la Línea de consejos de enfermería al 1-800-797-1717 (usuarios de TTY llamen al 711).

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente ni ningún otro servicio que reciba fuera de Estados Unidos y 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 declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite www.php-ca.org/for-members/disaster para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

PHP cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier cantidad que pague una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios no contará para un desembolso máximo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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 forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio.

Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá brindar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Lea el Capítulo 7 para más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 bajo Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 bajo nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no estuvo en un estudio.
- Artículos o servicios brindados solo para recopilar datos y no usados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios brindados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas en el ensayo.

Más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* de Medicare, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de fines no médicos

Sección 6.1 Una institución religiosa de fines no médicos

Una institución religiosa de fines no médicos es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de fines no médicos. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de fines no médicos

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

- **La atención o el tratamiento médico no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *que es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de fines no médicos debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
- – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros las usen en el hogar. El miembro siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME usted debe alquilarlos.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de PHP, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

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

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

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

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

Medicare Original requiere un proveedor de oxígeno para brindarle servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse con la misma empresa o ir a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de PHP. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- El **copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina máximo de su bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$5,000.**

Los montos que paga por los copagos de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este máximo de su bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para su monto máximo de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de \$5,000, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin

embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de PHP, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión, emergencias o servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre PHP y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Sus servicios (incluida la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptables de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe brindar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda ver a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con “**(requiere autorización previa)**”.
- Si su plan de atención coordinada brinda la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, pagas *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, visite su *Manual de Medicare y Usted 2026* . Véalo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE] (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de 1 mes de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos de sus costos compartidos no cambiarán durante este periodo.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Neuropatía relacionada con el SIDA
 - Diabetes
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
 - Asma y afecciones pulmonares crónicas
 - Enfermedad crónica que hace que un afiliado necesite asistencia para la vida diaria y apoyo de higiene
 - Enfermedad crónica que requiere visitas frecuentes a proveedores y/o centros médicos, por ejemplo, visitas a centros de diálisis por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
- Su proveedor deberá diagnosticar estas afecciones y derivarlo para estos beneficios.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila de *Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos* en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
Acupuntura Cubrimos 2 visitas de acupuntura por mes cada año.	Copago de \$0 por servicios de acupuntura.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico <i>(requiere autorización previa)</i> Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • que dure 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede.	Copago de \$0 por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.

Servicio cubierto	Lo que paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861 (r) (1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar 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 brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o 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 acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga
Artículos de farmacia de venta libre (OTC) Obtiene hasta \$550 en artículos de farmacia de venta libre (medicamentos sin receta), como vitaminas, suplementos de fibra, suministros de primeros auxilios, protector solar, cepillos y pastas de dientes, medicamentos para el resfriado, antiácidos y más. Para obtener más información sobre el beneficio de OTC, visite www.php-ca.org/for-members/otc o llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). El beneficio de OTC está limitado a \$550 cada año.	Copago de \$0 para artículos de farmacia de venta libre.
Atención de agencia de salud en el hogar (requiere autorización previa) Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean brindados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Copago de \$0 por servicios de atención médica en el hogar.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de Estados Unidos.	Copago de \$50 por visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe cambiarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta O debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de hospicio Es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en nuestra área de servicio, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Fármacos para el control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención de hospicio, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentes cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por PHP. Copago de \$0 por servicios de consulta de hospicio.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de hospicio (continuación) reglas del plan (como si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original Para los servicios cubiertos por PHP pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: PHP continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, 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, vaya al Capítulo 5, Sección 9.4. Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de \$0 por servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (requiere autorización previa) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). El plan cubre hasta 100 días cada periodo de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados normalmente por SNF • Pruebas de laboratorio brindadas normalmente por SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente brindados por SNF • Servicios médicos/<i>practitioners</i> Por lo general, recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	Copago de \$0 por día para los días 1 a 100. Un "periodo de beneficios" comienza el día en que ingresa a un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital	

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención médica de pacientes hospitalizados (requiere autorización previa) Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios. El plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre que el trasplante local	Copago de \$80 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por día para los días 7 a 90. Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida 91 a 150. Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener. Los días de reserva de por vida son días "adicionales" que cubre el plan. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención médica para pacientes hospitalizados (continuación) los proveedores están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si PHP brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta. • Servicios médicos Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Beneficio de acondicionamiento físico Los miembros reciben una membresía de gimnasio en uno de los siguientes gimnasios: • 24 Hour Fitness (múltiples ubicaciones) • LA Fitness/Esporta Fitness (múltiples ubicaciones) • AHF Fitness Center (una ubicación en 4905 Hollywood Blvd., Los Angeles, CA 90027) Para hacer su selección de gimnasio y activar su membresía, llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Los miembros que deseen cambiar su membresía de gimnasio pueden elegir un gimnasio diferente o una cadena de gimnasios una vez al año del plan entre el 1 y el 15 de enero. (El año del plan es del 1 de enero al 31 de diciembre). Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) si desea cambiar de gimnasio.	Copago de \$0 por una membresía de gimnasio.
Beneficio de comida (requiere autorización previa) El beneficio de comidas está disponible para los miembros después del alta hospitalaria de un hospital de agudos o un centro de enfermería especializada (SNF) y para los miembros que tienen una afección crónica o están confinados en su hogar. Confinado en el hogar significa que necesita la ayuda de otra persona o equipo médico como muletas, un andador o una silla de ruedas para salir de su hogar, o su médico cree que su salud o enfermedad podría empeorar si sale de su hogar, y es difícil para usted salir de su hogar y, por lo general, no puede hacerlo. Los miembros o sus proveedores pueden solicitar este beneficio del 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 brindar en múltiples incrementos a lo largo del año hasta el límite de 56 comidas para el año.	Copago de \$0 por beneficio de comida.

Servicio cubierto	Lo que paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) (cada beneficio de SSBCI requiere autorización previa) • Para los miembros que han sido diagnosticados con neuropatía relacionada con el SIDA, el plan cubre dos (2) masajes terapéuticos de una hora cada mes para aumentar la circulación sanguínea y aliviar los síntomas de la neuropatía. • Para los miembros que han sido diagnosticados con diabetes, el plan cubre hasta dos (2) comidas para diabéticos por día. Las comidas nutritivas para diabéticos ayudan a los miembros que tienen diabetes y no tienen acceso a alimentos adecuados para controlar y controlar su enfermedad. • Para los miembros que han sido diagnosticados con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), el plan cubre hasta dos (2) comidas bajas en sodio por día. Las comidas nutritivas bajas en sodio ayudan a los afiliados que tienen ICC y no tienen acceso a alimentos adecuados para manejar y controlar su enfermedad. • Para los miembros que han sido diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y viven en una residencia infestada de cucarachas, ratones o ratas, el plan cubre los servicios de control de plagas hasta el límite de beneficios anuales de \$1,000. El control de plagas para personas que tienen asma y otras enfermedades pulmonares crónicas reduce los síntomas del asma. • Para los miembros que han sido diagnosticados con asma o afecciones pulmonares crónicas y viven en un entorno cuya calidad del aire contribuye al asma y los problemas respiratorios, el plan cubre los dispositivos de filtro de aire y los reemplazos de filtros hasta el límite de beneficios anuales de \$200. Un filtro de aire para personas que tienen asma y otras enfermedades pulmonares crónicas reduce los síntomas del asma.	Copago de \$0 por servicios de masajes terapéuticos. Copago de \$0 para comidas para diabéticos. Copago de \$0 por comidas bajas en sodio. Copago de \$0 por servicios de control de plagas. Límite de cobertura del plan de \$1,000 para servicios de control de plagas cada año. Copago de \$0 para dispositivos(s) de filtro de aire y reemplazos de filtros. Límite de cobertura del plan de \$200 para dispositivos de filtro de aire y reemplazos de filtros cada año.

Servicio cubierto	Lo que paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) (continuación) • Para los miembros que necesitan asistencia para la vida diaria y apoyo de higiene y no pueden lavar su propia ropa, el plan cubre el servicio de lavandería hasta el límite de beneficio mensual de \$156. • Para los miembros que tienen un plan médico de atención para diagnósticos complejos como cáncer, enfermedad renal en etapa terminal, enfermedad mental/deterioro cognitivo, manejo de heridas, etc. que requieren transporte múltiple y frecuente hacia y desde proveedores y centros, el plan cubre transporte ilimitado. El plan debe autorizar y reservar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde las oficinas o instalaciones del proveedor.	Copago de \$0 por servicio de lavandería. Límite de cobertura del plan de \$156 para el servicio de lavandería todos los meses. Copago de \$0 por transporte.
 Capacitación en autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos <i>(Se requiere autorización para suministros y zapatos para diabéticos)</i> Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos provistos con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y 3 pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados provistos con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación en autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones	Copago de \$0 para capacitación en autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para diabéticos.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (<i>requiere autorización previa</i>) Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.	Copago de \$0 por servicios de cirugía ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Cuidado de la visión <i>(se requiere autorización previa para ciertos servicios de la vista cubiertos por Medicare)</i> Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. También cubrimos los siguientes beneficios complementarios de la vista sin necesidad de derivación o autorización: • 1 examen de la vista de rutina cada año • 1 par de anteojos (lentes y monturas o lentes) o lentes de contacto cada año. Límite de cobertura del plan de \$400 para artículos para la vista cada año.	Copago de \$0 por servicios de atención de la vista cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para un examen anual de la vista de rutina y anteojos o lentes de contacto hasta el límite anual de \$400.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Dejar de fumar y consumir tabaco (consejos para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y dejar de fumar está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). Además, puede usar el programa para dejar de fumar <i>Quit for Life</i>® que incluye: • Ocho semanas de parches o chicles gratis • Llamadas individuales con un entrenador capacitado <i>para dejar de fumar</i> • Materiales escritos que incluyen una <i>guía para dejar de fumar</i> con recursos • Mensajes de texto en tu celular • Sitio web con herramientas de aprendizaje electrónico, foros y acceso a un <i>Web Coach</i>®. Visite www.quitnow.net/ahf • Número gratuito para pedir ayuda los siete días de la semana. Llame al 1-866-784-8454 (1-866-QUIT-4-LIFE)	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y dejar de fumar cubiertos por Medicare.
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.

Servicio cubierto	Lo que paga
Detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer un pago por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de riesgo alto. Una vez cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluyendo los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y un copago de \$0.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
 Detección de cáncer de cuello uterino y vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
 Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un 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 asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas 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 la detección de ITS cubierta por Medicare y el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.
 Detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección de la diabetes Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, un LDCT está cubierto cada 12 meses. Los afiliados elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año o que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que es proporcionada por un médico o un profesional calificado que no es médico. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para la detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede brindar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para exámenes posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no dependen del alcohol. Si da positivo en la prueba de abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico de atención primaria o profesional calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo por abuso de alcohol.
 Detección y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia preventiva de la obesidad.

Servicio cubierto	Lo que paga
Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño <i>(se requiere autorización previa)</i> Cubrimos dispositivos de seguridad para el hogar y el baño y modificaciones que incluyen, entre otros, rampas temporales sobre escaleras, barras de apoyo, sillas de ducha, inodoros de gran altura o asientos de inodoro, barandillas de cama, etc. según sea necesario. El beneficio incluye modificaciones menores en el hogar para instalar artículos cubiertos y/o ensanchar las puertas. Límite de cobertura del plan de \$5,000 para dispositivos de seguridad y modificaciones en el hogar y baño cada año.	Copago de \$0 por dispositivos de seguridad y modificaciones cubiertos para el hogar y el baño hasta el límite anual de \$5,000.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados <i>(requiere autorización previa)</i> (Para obtener una definición de equipo médico duradero, vea el Capítulo 12 y Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.php-ca.org/php-provider-find.	Copago de \$0 para equipos médicos duraderos cubiertos y suministros relacionados. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0. Si realizó 36 meses de pago de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno antes de inscribirse en PHP, su costo compartido en PHP es de \$0.

Servicio cubierto	Lo que paga
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta (algunos servicios requieren autorización previa) Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funcione mal, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierto.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare <i>(ciertos medicamentos requieren autorización previa)</i> Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios del hospital o del centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento	Copago de \$0 para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. El costo compartido de la insulina está limitado a \$35 por el suministro de un mes.

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)

- Factores de coagulación que se administra mediante inyección si tiene hemofilia
- Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre
- Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas después de la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas
- Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades inmunodenciales primarias • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para tener cubiertas las recetas. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se enumera en el Capítulo 6.	

Servicio cubierto	Lo que paga
 Mediciones de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Necesidad urgente de servicios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La atención de urgencia está cubierta solo dentro de Estados Unidos.	Copago de \$0 por servicios que se necesitan con urgencia.

Servicio cubierto	Lo que paga
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.	Copago de \$0 por observación hospitalaria ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios MDPP están cubiertos para personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.
Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados <i>(requiere autorización previa)</i> Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas: vaya a <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Copago de \$0 para prótesis o suministros relacionados.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis 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 enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.

Servicio cubierto	Lo que paga
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta usada. • Pruebas de diagnóstico no relacionadas con el laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias • Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia	Copago de \$0 para pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos o suministros médicos.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias Nuestro plan cubre visitas individuales de tratamiento de trastornos por uso de sustancias a su médico de atención primaria o proveedor calificado por Medicare, y tratamiento grupal de trastornos por uso de sustancias por parte de un proveedor calificado por Medicare.	Copago de \$0 para servicios ambulatorios de trastornos por uso de sustancias.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$50 por servicios de ambulancia de ida o de ida y vuelta.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de apoyo en el hogar (requiere autorización previa) Los servicios de apoyo en el hogar están disponibles para los miembros después del alta de un hospital de agudos o un centro de enfermería especializada. Los servicios de apoyo en el hogar incluyen los siguientes servicios domésticos y de cuidado personal no médicos: asistencia para bañarse, arreglarse y vestirse, cuidado de los intestinos y la vejiga, acompañamiento a citas médicas, limpieza ligera de la casa, preparación de comidas, lavandería y compras de comestibles. El plan cubre hasta 16 horas a la semana durante un máximo de dos (2) semanas al año.	Copago de \$0 por servicios de apoyo en el hogar.
Servicios de audición (se requiere autorización previa para audífonos) Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las brinda un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además, cubrimos: • 1 examen auditivo de rutina complementario cada año • 1 evaluación de ajuste de audífono cada año • Hasta 2 audífonos recetados o de venta libre cada año Límite de cobertura del plan de \$2,500 para hasta 2 audífonos recetados o de venta libre cada año.	Copago de \$0 por servicios auditivos cubiertos. Copago de \$0 por hasta dos audífonos recetados o de venta libre hasta el límite anual de \$2,500.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (requiere autorización previa) <i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</i> <i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i> Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio del hospital.	Copago de \$0 por servicios de hospitalización parcial.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de médicos/<i>practitioners</i>, incluyendo visitas al consultorio (<i>algunos servicios requieren autorización previa</i>) Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica médicamente necesaria o servicios quirúrgicos brindados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: visitas virtuales al proveedor de atención primaria (PCP), consultas con especialistas y servicios brindados por otros profesionales de la salud ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:	Copago de \$0 para servicios de proveedor de atención primaria (PCP) o especializados.

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud Servicios de médicos/practitioners, incluyendo visitas al consultorio (continuación) ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental brindados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más temprana • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la colocación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico)	

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de podología (ciertos servicios requieren autorización previa) Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como espolones en martillo o talones) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Copago de \$0 por servicios de podología cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación ambulatorios.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con la derivación de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de rehabilitación pulmonar <i>(ciertos servicios requieren autorización previa)</i> Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación pulmonar.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	Copago de \$0 por servicios de tratamiento y manejo del dolor cubiertos por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de \$0 por servicios del programa de tratamiento de opioides.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales <i>(se requiere autorización para los servicios dentales cubiertos por Medicare)</i> En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos: Servicios dentales preventivos: • Exámenes orales • Hasta 2 limpiezas al año • Hasta 2 tratamientos con flúor cada año • 1 radiografía dental cada año	Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios dentales preventivos cubiertos. Copago de \$0 por servicios dentales integrales cubiertos hasta el límite anual de \$1,550.
Servicios dentales integrales como los siguientes: • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia removible • Prótesis maxilofaciales • Servicios de implantes • Prostodoncia fija • Cirugía oral y maxilofacial • Servicios generales adjuntos Límite de cobertura del plan de \$1,550 para servicios dentales integrales cada año.	

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (algunos servicios requieren autorización previa) Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	Copago de \$0 por servicio hospitalario ambulatorio.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (requiere autorización previa) Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios. El plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Copago de \$80 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por día para los días 7 a 90. Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida 91 a 150. Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener. Los días de reserva de por vida son días adicionales que cubre el plan. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios para tratar enfermedades renales <i>(requiere autorización previa, excepto cuando se encuentra fuera del área de servicio)</i> Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	Copago de \$0 por servicios para tratar la enfermedad renal.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación	Copago de \$0 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para la EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consisten en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante / especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	Copago de \$0 por SET.

Servicio cubierto	Lo que paga
SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Terapia de infusión en el hogar (requiere autorización previa) La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Copago de \$0 por servicios de terapia de infusión en el hogar.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Terapia de nutrición médica (requiere autorización previa) Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo refiera. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Transporte (se requiere autorización previa) El plan cubre hasta 24 viajes de ida y vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan cada año. El plan debe autorizar y reservar el transporte y verificará que el transporte solicitado sea hacia y desde las oficinas o instalaciones del proveedor.	Copago de \$0 para transporte de hasta 24 viajes de ida y vuelta cada año.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8 para más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y COVID-19.
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses después de su *visita preventiva de Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para estar cubierto por las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Visita de prevención Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita de prevención única de <i>Bienvenido a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas (o vacunas)), y derivaciones para otros cuidados si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita de prevención <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de prevención <i>Bienvenido a Medicare</i> .
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

y se decide en apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Cuidado de custodia La atención de custodia es una atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (usa tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión	No cubierto bajo ninguna condición
Reversión de los procedimientos de esterilización o de los suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cuidado rutinario de los pies	Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas de cobertura de la Parte D de nuestro plan

Vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para brindar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa

todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.php-ca.org/php-provider-find) y/o llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa sale de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.php-ca.org/php-provider-find.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Tribal / Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, vaya a su www.php-ca.org/php-provider-find del *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 2.2 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece una forma de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su [www.php-ca.org/php-provider-find de directorio](http://www.php-ca.org/php-provider-find-de-directorio) de farmacias le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.

Sección 2.3 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Cuando no hay una farmacia de la red disponible. El plan solo cubrirá recetas fuera de la red para un suministro máximo de 30 días y solo una vez por medicamento comprado en una farmacia fuera de la red durante el año calendario. Si está planeando un viaje prolongado, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para ubicar farmacias en el área donde se hospedará o hacer arreglos para que le entreguen sus medicamentos durante su viaje.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que es:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta, o
- Respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal,

pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, vaya a la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco niveles de costo compartido para medicamentos en la Lista de medicamentos

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

- Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos e insulinas selectas.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial preferidos e insulinas selectas.
- Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial no preferidos.
- Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos especializados
- Nivel 5 de costo compartido incluye ciertos medicamentos de atención médica

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 ¿Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web de nuestro plan (www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la www.php-ca.org/for-members/drug-benefit "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Necesitará su número de identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro, para configurar una cuenta en el portal.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su

proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que renunciemos a la restricción por usted, debe usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Podemos o no aceptar renunciar a la restricción por usted. (Vea el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o en nuestro sitio web www.php-ca.org/for-members/publications.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de efectivos antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia progresiva**. Los criterios de terapia progresiva de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o en nuestro sitio web www.php-ca.org/for-members/publications.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro

tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe brindar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para brindar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 71).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos

de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos en nuestro nivel de especialidad (nivel 4) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar en el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan en este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatos en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.

- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y decírselo más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o le hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **•Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o informarle sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, vaya al Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo 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.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que toma (excepto por retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se excluyen algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

Aquí hay 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán

Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas asociadas o servicios de monitoreo deben comprarse solo al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia su parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. A continuación, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como 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 sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que usa, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su www.php-ca.org/php-provider-find del directorio de farmacias para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es acreditable.

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

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o a su médico que le proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de cierto médico (s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si

continuamos denegando alguna parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vaya al Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo de la Terapia Medicinal (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de 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 asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una Lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su Lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su Lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, parte de la **información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted**. Le enviamos un inserto por separado, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) y pregunte por el *Anexo LIS*.

Usamos “droga” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.php-ca.org/for-members/drug-benefit), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) ha gastado un total de \$2,100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de descuento de fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le dirá que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de PHP

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo PHP. La cantidad que pague por cada receta depende de la etapa en la que se

encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos.

Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos brindados bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.

- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y los viajes. Pagará un deducible anual de \$615 en medicamentos de nivel 1 a nivel 4. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de nivel 1 a nivel 4** hasta que alcance el monto deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos de nivel 1 a nivel 4, abandona la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos. Paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial preferidos. Paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca comercial no preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos especializados. Paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye ciertos medicamentos de atención médica.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, vaya al Capítulo 5 y al Directorio de farmacias del plan www.php-ca.org/php-provider-find.

Sección 5.2 Sus costos para *un mes* de suministro de un medicamento

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

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

Sus costos por *un mes* de suministro de un medicamento cubierto de la Parte D

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 34 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	15%	15%	15%
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	22%	22%	22%
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	25%	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25%	25%	25%
Nivel 5 de costo compartido (Ciertos medicamentos de atención médica)	0%	0%	0%

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Vaya a la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense menos de un mes completo de suministro, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costo compartido) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a *largo plazo* de 100 días de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días.

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido de farmacia estándar (en la red) (hasta un suministro de 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	15%
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	22%
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25%
Nivel 5 de costo compartido (Ciertos medicamentos de atención médica)	0%

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que obtenga lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso de \$2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Vaya a la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le da la vacuna.

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

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D,

se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le paguen. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos el proyecto de ley y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de lo que permite el plan de costos compartidos. Si se contrata a este proveedor, aún tiene derecho a tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgentes. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviar documentación, como recibos y facturas, para que podamos manejar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, debe pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los 180 días después** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Nuestro plan debe 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 para mujeres.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 *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.)*

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 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para brindar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), un dentista y un optometrista sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; Por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de PHP, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar

medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le sucede a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Complete un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones antes de estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo configurar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (los usuarios de TTY llaman al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, regale copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.

- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle la atención o discriminarlo en función de si firmó o no una directiva anticipada.

Si no se siguen las instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Junta Médica de California al 1-800-633-2322. Usuarios de TTY llamen al 1-916-263-0935.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga, solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (usuarios de TTY llamen al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no *se trata de* discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-434-0222 (usuarios de TTY llamen al 711)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-434-0222 (usuarios de TTY llamen al 711)
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación, *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una penalidad por inscripción tardía, debe pagar la penalidad.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correcta, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u

orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratis. Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Envejecimiento al 1-800-434-0222 (usuarios de TTY llamen al 711) o visite www.aging.ca.gov/HICAP.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿Es su problema o preocupación sobre sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización independiente de revisión no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

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

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el *formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible 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 la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o médico puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el *formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.php-ca.org/for-members/appoint-rep) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actuara en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo

recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización independiente de revisión que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiera brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Haz una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le dice que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Haz una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se llama **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación acelerada**.

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de las fechas límite estándares podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos las fechas límite estándares.
- Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límites estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, usamos una fecha límite acelerada

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Te llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le

proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

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 solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido si tardamos días adicionales), debemos enviar automáticamente 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 apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos 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 reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta dentro de los **7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del periodo de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

Términos legales:

El nombre formal de la organización independiente de revisión es **Entidad Independiente de Revisión**. A veces se le llama **IRE**.

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

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **su expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización independiente de revisión información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización independiente de revisión analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización independiente de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización independiente de revisión no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización independiente de revisión 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 de la Parte B, la organización independiente de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización independiente de revisión no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización independiente de revisión le da su respuesta.

La organización independiente de revisión le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de esta decisión.

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión para **las solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B dentro de **las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta que:
 - Explica su decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización independiente de revisión le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización independiente de revisión decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vaya al Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto* o el *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales:

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deberá explicarle las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en

nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos están en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el nivel 4, medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emita recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emita recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el

medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no aprobaremos* su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **las 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de **las 24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no obtuvo. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de las fechas límite estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**

- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de la persona que emite recetas, 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:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le dice cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/coverage-decision. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emita recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La sección 4 indica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, brinde la declaración de respaldo** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que emita recetas puede enviarnos el estado de cuenta por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando una declaración por fax o por correo si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **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 de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 7 días calendario.

Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emita recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-263-0067** (usuarios de TTY llamen al 711). El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/appeal. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional 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 dentro de las 72 horas, debemos enviar 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar el pago dentro de los **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal de 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 conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con la organización independiente de revisión y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización independiente de revisión. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización independiente de revisión.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una **determinación de riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización independiente de revisión. Esta información se llama **su expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización independiente de revisión información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización independiente de revisión revisa su apelación.

Los revisores de la organización independiente de revisión analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización independiente de revisión una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización independiente de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización independiente de revisión

dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.

¿Qué pasa si la organización independiente de revisión dice no a su apelación?

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

- Explica su decisión.
- Le informa sobre sus derechos a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario después de su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Te dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma

formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta, por lo que cubriremos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* muestra que obtuvo la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser dado de alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta de su hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios de atención médica para pacientes hospitalizados por más tiempo, use el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe 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, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222 (usuarios de TTY llamen al 711). La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un

grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple con esta fecha límite**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagarlo* mientras espera recibir la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite, contáctenos**. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dará su fecha de alta planificada. Esta nota también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que **sí, debemos seguir brindando sus servicios de atención médica cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización independiente de revisión dice que **no**, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de atención médica para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización independiente de revisión rechaza su apelación y decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Hacer otra apelación significa que va al *Nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización independiente de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura de su atención médica para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea llevar su apelación más allá yendo al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios de **salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación cubiertos (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención por usted.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo muestra* que recibió la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención por un periodo de tiempo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe 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, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222 (usuarios de TTY llamen al 711). La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con

Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad usando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

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

Términos legales:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.

- La organización independiente de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen *que sí* a su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen *que no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después de* esta fecha cuando finalice su cobertura, tendrá **que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura de la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería

especializada o servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones de cobertura que se apliquen.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la

decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados dice que no a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá 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 rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda ir a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá 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, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de** recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le dirá si las reglas le permiten pasar a la apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respetar su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Sientes que te animan a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, u obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos: - Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le dijimos que no; puede presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; Puede presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; Puede presentar una queja. - Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización independiente de revisión ; Puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **reclamación**.

Presentar una queja se llama **presentar una reclamación**.

Usar el proceso para quejas se llama **usar el proceso para presentar una reclamación**.

Una **queja rápida** se llama **reclamación acelerada**.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (los usuarios de TTY llaman al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Así es como funciona el proceso de quejas:

- Una vez que recibamos su queja, ya sea por escrito o por teléfono, la ingresaremos en nuestro sistema de quejas y le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los 5 días calendario.
- No más de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja, recibirá una carta nuestra informándole lo que hicimos para resolver su queja.
- Si necesitamos más tiempo para investigar o resolver su queja, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta 14 días calendario más para resolver su queja. Al final del periodo de extensión de 14 días, le enviaremos una carta explicando lo que hicimos para resolver su queja.
- Si presenta una queja porque decidimos no procesar una decisión de cobertura o apelar usando las fechas límites rápidas que solicitó, procesaremos su queja usando nuestras fechas límite rápidas. Para este tipo de queja, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para presentar su queja. También puede enviarnos su queja por fax al 1-888-235-8552 o por email a php@positivehealthcare.org.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a 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 en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre PHP directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en PHP puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Periodo de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derecho.
- **Durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, puede:
 - Cámbiese a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente, o recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción

En ciertas situaciones, los miembros de PHP pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo Especial de Inscripción**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando te mudas
- Si tiene Medi-Cal
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Periodo Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un

plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en PHP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.
 - Se cancelará su inscripción en PHP cuando comience su cobertura en Medicare Original.
-

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para obtener atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 PHP debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

PHP debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio

Capítulo 10 Poner fin a la membresía en nuestro plan

- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan
 - Si no podemos verificar que tiene un diagnóstico previo de VIH de su proveedor de atención primaria (PCP) en el momento de inscribirse, le enviaremos un aviso informándolo. Tendrá 30 días calendario a partir de la fecha del aviso que le enviemos para enviarnos información de su médico que demuestre que tiene un diagnóstico previo de VIH. Si no puede brindarnos esta información, cancelaremos su inscripción en nuestro plan al final de los 30 días y estará cubierto por Medicare Original. El aviso que le enviamos le dirá qué opciones de cobertura de salud y medicamentos recetados de Medicare están disponibles para usted.
 - Si nos enteramos por su PCP de que no es VIH positivo, le enviaremos un aviso indicándolo. Tendrá 30 días calendario para trabajar con su médico para verificar que tiene o no el VIH. Si no tiene VIH, se cancelará su inscripción al final del periodo de 30 días y estará cubierto por Medicare Original. El aviso que le enviamos le dirá qué opciones de cobertura de salud y medicamentos recetados de Medicare están disponibles para usted.
- Si es encarcelado (ir a prisión)
- Si ya no es ciudadano de Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene el cual brinda cobertura de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

Capítulo 10 Poner fin a la membresía en nuestro plan

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 5.1 Nosotros No pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo con relación a la salud, a menos que ya no tenga una afección médica requerida para inscribirse en PHP

En la mayoría de los casos, PHP no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud. La única vez que se nos permite hacer esto es si ya no tiene la condición médica requerida para inscribirse en PHP.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local de Derechos Civiles. 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.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-263-0067 (usuarios de TTY llamen al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del segundo pagador de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, PHP, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesario para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera o un médico registrado.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se marcan en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede usar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vaya a "**Biosimilares intercambiables**").

Cancelar la inscripción o la **cancelación de la inscripción:** el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalidad si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que puede tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que puede estar obligado a pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Costo compartido: el costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando se obtienen servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que requiera un plan cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Costos de bolsillo: vaya a la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo del miembro.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno de instalación cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Deducible: la cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Derivación: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si corresponde, debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico ordenado por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria de paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto de límite de bolsillo.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de PHO, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren más de la cantidad de costos compartidos que nuestro plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real™: un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado y de beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe brindarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Límite de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una Lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para 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 califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca comercial: un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que haya expirado la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un

Capítulo 12 Definiciones

medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidos como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica a los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años supera una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA.

Capítulo 12 Definiciones

IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de su bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos en la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Penalidad por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad agregada a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Periodo de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite para el número de periodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage

Capítulo 12 Definiciones

pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Periodo de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período especial de inscripción: un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Persona doblemente elegible: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de Atención Crónica de Necesidades Especiales (C-SNP): C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se obtengan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por los servicios obtenidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos totales de bolsillo combinados para los servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto y programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser 1) un HMO, 2) un PPO, 3) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o 4) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se **denominan planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar *los vacíos* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (vaya a "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuento de fabricantes: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos .

Programa de Manejo de la Terapia Medicinal (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar 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 brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. El proceso de queja se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamación: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios

cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de necesidad urgente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) – Vaya a 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 empaquetar la receta.

Tarifa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y debe pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el

suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Terapia progresiva: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Servicios para Miembros de PHP

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
Llamar	1-800-263-0067 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, Servicios para Miembros está disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, Servicios para Miembros está cerrado los sábados y domingos. Servicios para miembros también está cerrado los días festivos. Si llama cuando Servicios para Miembros está cerrado, puede dejar un mensaje de voz. Un agente le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.
Fax	1-888-235-8552
Escribir	Attn: Member Services PHP P.O. Box 46160 Los Angeles, CA 90046
Sitio web	www.php-ca.org/for-members

Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (California SHIP)

El Programa de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP) del Departamento de Envejecimiento de California es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llamar	1-800-434-0222
TTY	711
Escribir	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

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.