Evidencia de Cobertura 2021

Plan Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta

Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)

Llamada gratuita **1-866-314-8188,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local

www.EricksonAdvantage.com

United Healthcare®

Y0066_EOC_H5652_001_000_2021_SP_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y su Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare como Miembro de nuestro plan

En esta guía encontrará los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Este documento explica cómo obtener la cobertura de los servicios de cuidado de la salud y de los medicamentos con receta que usted necesita.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Este plan, Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS), está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Cuando en esta **Evidencia de Cobertura** se usan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia al plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)).

Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.

Llame a Servicio al Cliente al 1-866-314-8188 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.

Para obtener más información, por favor comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-314-8188. (Usuarios TTY deben llamar 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

El Servicio al Cliente también tiene disponible, de forma gratuita, servicios de interpretación para personas que no hablan inglés.

Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-314-8188, TTY: 711, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local, para obtener más información.

Es posible que los beneficios, la prima los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de 2022.

Es posible que cambie el formulario, nuestra red de farmacias y la red de proveedores en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de Cobertura 2021

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. La primera página de cada capítulo es de gran ayuda para encontrar la información que busca. **La lista detallada de los temas está al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro..... 1-1

Explica lo que significa ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo utilizar esta guía. Contiene información acerca de los materiales que recibirá por correo, la prima del plan, la multa por inscripción tardía a la Parte D, su tarjeta de ID de miembro del plan y cómo mantener al corriente los datos de su membresía.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes..... 2-1

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social y Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar el costo de los medicamentos con receta, y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos..... 3-1

Información importante para obtener cuidado médico. Proveedores de la red del plan y cómo obtener cuidado en caso de emergencia.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)..... 4-1

Información detallada del cuidado médico que tiene y que no tiene cobertura para miembros del plan. Cantidad que le corresponde pagar como parte del costo del cuidado médico cubierto.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 5-1

Normas que debe seguir para obtener sus medicamentos de la Parte D. Cómo usar la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** para saber cuáles son los medicamentos que tienen cobertura. Medicamentos que **no** tienen cobertura. Restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Programas del plan para la seguridad y la administración de medicamentos..

Capítulo 6 Costo de los medicamentos con receta de la Parte D 6-1

Explica las cuatro etapas de cobertura de medicamentos **(etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa sin cobertura, etapa de cobertura de gastos**

médicos mayores) y cómo afectan el costo de los medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido de los medicamentos de la Parte D y la cantidad que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos..... **7-1**

Cómo y cuándo debe enviar una factura para pedir al plan el reembolso de la parte del costo de los servicios o de los medicamentos cubiertos**.**

Capítulo 8 Derechos y responsabilidades..... 8-1

Derechos y responsabilidades como miembro del plan.
Qué puede hacer si piensa que sus derechos no son respetados.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....9-1

Pasos que usted debe seguir en caso de tener algún problema o situación preocupante como miembro del plan.

- Cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para obtener el cuidado médico o los medicamentos con receta que considera con cobertura conforme a nuestro plan. Cómo pedir una excepción a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos con receta y cómo pedir el mantenimiento de la cobertura de cuidado hospitalario y de determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras situaciones preocupantes.

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan..... 10-1

Cómo y cuándo puede terminar su membresía en el plan. Casos en los que el plan tiene la obligación de terminar su membresía.

Capítulo 11 Avisos legales.....11-1

Avisos sobre leyes vigentes y antidiscriminación.

Capítulo 12 Definición de palabras importantes..... 12-1

Términos clave usados en esta guía.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1
Primeros pasos como miembro

Sección 1 Introducción..... 3
Sección 1.1 Usted está inscrito en Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS), un Plan HMO con Opción de Punto de Servicio de Medicare..... 3
Sección 1.2 ¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?..... 3
Sección 1.3 Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura..... 3

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?..... 4
Sección 2.1 Requisitos de participación..... 4
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?..... 4
Sección 2.3 Área de servicio del plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)..... 5
Sección 2.4 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal..... 5

Sección 3 Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte..... 6
Sección 3.1 Use su tarjeta de ID de miembro del plan para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos..... 6
Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan..... 6
Sección 3.3 El Directorio de Farmacias es su guía de farmacias de nuestra red..... 7
Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario)..... 8
Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos con receta de la Parte D.... 8

Sección 4 La prima mensual del plan..... 9
Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan?..... 9

Sección 5 ¿Tiene que pagar una "multa por inscripción tardía" en la Parte D?..... 10
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?..... 10
Sección 5.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D?11
Sección 5.3 En algunas situaciones, se puede inscribir tarde y no tiene que pagar la multa..... 11

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?..... 12

Sección 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por su Parte D debido a sus ingresos? 13

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?..... 13

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?..... 13

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?..... 13

Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?..... 14

Sección 7 Más información sobre la prima mensual..... 14

Sección 7.1 Métodos de pago de la prima del plan..... 15

Sección 7.2 ¿El plan puede modificar la prima mensual del plan durante el año?. 16

Sección 8 Mantenga al corriente su registro de membresía del plan..... 17

Sección 8.1 Qué debe hacer usted para que el plan tenga su información correcta 17

Sección 9 Cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal..... 18

Sección 9.1 Cómo protegemos su información de salud..... 18

Sección 10 Coordinación de otro seguro de salud con nuestro plan..... 18

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga el costo de los servicios primeramente si usted tiene un seguro de salud adicional?..... 18

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS), un Plan HMO con Opción de Punto de Servicio de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS).

Existen distintos planes de salud de Medicare. Nuestro plan es un El plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]) con opción Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) que tiene la aprobación de Medicare y es administrado por una compañía privada. La opción "Punto de servicio" significa que usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener información acerca del uso de la opción de punto de servicio.)

La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC), además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?

La guía **Evidencia de Cobertura** explica cómo obtener servicios de cuidado de la salud de Medicare y medicamentos con receta que tienen cobertura a través de nuestro plan. La guía también explica sus derechos y responsabilidades, los servicios cubiertos y las cantidades que usted debe pagar como miembro del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a los cuidados, servicios médicos, además de los medicamentos con receta, que tiene a su disposición como miembro del plan.

Es para su provecho enterarse de las normas del plan y de los servicios que tiene a su disposición. Para ello, tome un momento para familiarizarse con la guía **Evidencia de Cobertura**.

Si algo no está claro y si tiene alguna duda o pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 1.3 Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

La guía **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted y describe la manera como el plan cubre su cuidado. Las partes adicionales de este contrato incluyen la solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y cualquier notificación que reciba

de nuestra parte respecto a cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos se conocen también como “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses que usted esté inscrito en el plan, del 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario el programa Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan a partir del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por cancelar el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Como miembro de nuestro plan usted puede recibir la cobertura de Medicare siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan si:

- Usted está inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 detalla la Parte A y la Parte B de Medicare)
- **– Y –** vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio).
- **– Y –** es ciudadano norteamericano o tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos
- **– Y por último –** cumple con los requisitos de participación especiales descritos a continuación.

Requisitos de participación especiales del plan

- **– Y además –** usted reside en una comunidad de jubilados Erickson.

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

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare recibió información sobre los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde que:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales a pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de servicios de cuidado de la salud a domicilio.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios que presta un médico, la terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes

ambulatorios) y ciertos artículos (como Equipo Médico Duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Área de servicio del plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)

Aunque Medicare es un programa federal, este plan está disponible únicamente a residentes de nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. A continuación se proporciona el área de servicio del plan.

El área de servicio incluye estos condados en Colorado: Douglas;
Florida: Collier;
Kansas: Johnson;
Maryland: Baltimore, Montgomery, Prince George's;
Massachusetts: Essex, Plymouth;
Michigan: Oakland;
New Jersey: Monmouth, Morris, Union;
North Carolina: Mecklenburg;
Pennsylvania: Bucks, Delaware;
Texas: Collin, Harris;
Virginia: Fairfax, Loudoun.

Ofrecemos cobertura en varios estados. No obstante, los planes que se ofrecen en cada uno de ellos pueden tener variaciones de costo o de otro tipo. Si se muda del estado donde reside a un estado que aún forma parte de nuestra área de servicio, debe llamar al Servicio al Cliente para actualizar sus datos. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro del plan. Llame al Servicio al Cliente para saber si ofrecemos un plan en su nuevo estado de residencia.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los teléfonos aparecen en la portada posterior de esta guía).

Una vez que se haya mudado, dispondrá de un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva localidad.

Es importante también que se comunique con la oficina del Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los teléfonos y la información de contacto en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal

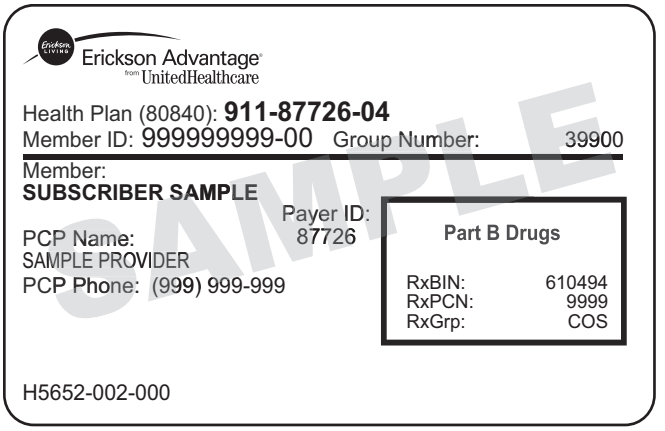
Los miembros de planes de salud Medicare deben ser ciudadanos norteamericanos o tener estatus de presencia legal en los Estados Unidos. El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará al plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) si

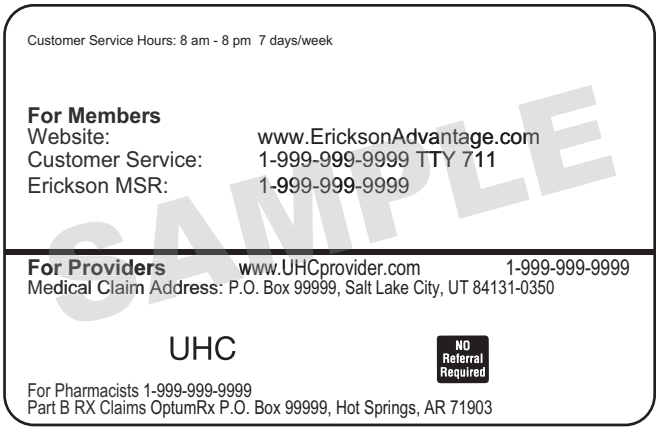
usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. El plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) cancelará su inscripción si no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte

Sección 3.1 Use su tarjeta de ID de miembro del plan para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos

Como miembro de nuestro plan debe usar su tarjeta de ID del plan que le proporcionemos siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para adquirir medicamentos con receta en farmacias de la red. Asimismo, siempre debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una muestra de tarjeta de ID de miembro. La suya será muy parecida:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo total. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Si necesita servicios hospitalarios, servicios para cuidados paliativos, o si participa en un estudio de investigación de rutina, es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare

Esta información es de suma importancia por las siguientes razones: Si recibe servicios cubiertos por el plan y usa la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de usar su tarjeta de ID de miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

En caso de daño, robo o extravío de su tarjeta de ID de miembro del plan, llame inmediatamente al Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva. (Los teléfonos de Servicio al Cliente aparecen en la portada posterior de esta guía).

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

El **Directorio de Proveedores** es una lista de proveedores y de comerciantes de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué son "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y comerciantes de equipo médico duradero está disponible en nuestro sitio web en www.EricksonAdvantage.com.

¿Por qué es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red, excepto en limitadas ocasiones, porque mientras usted sea miembro de nuestro plan posiblemente tenga que usar proveedores de la red para recibir cuidados y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando usted no dispone de la red (normalmente, si se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y cuando nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 **Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos** para obtener detalles específicos sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

En ciertos casos, los miembros de este plan pueden usar los beneficios de Punto de Servicio (Point of Service, POS) para consultar a proveedores fuera de la red. Con el beneficio Punto de Servicio los miembros pueden obtener ciertos servicios de proveedores fuera de la red o fuera del plan, generalmente a un costo compartido que es mayor que con proveedores dentro de la red. La cobertura está limitada a ciertos servicios y es posible que existan otras restricciones. Consulte el Capítulo 3 (Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios médicos) para obtener información más específica sobre el beneficio Punto de Servicio.

Si no tiene el **Directorio de Proveedores**, puede solicitar uno llamando al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). En Servicio al Cliente puede solicitar información adicional sobre los proveedores de nuestra red, incluso sus títulos y certificaciones. También puede encontrar información sobre proveedores en nuestro sitio web. Tanto en Servicio al Cliente como en el sitio web puede obtener la información más actualizada sobre cualquier cambio efectuado en nuestra red de proveedores. (En la portada de esta guía encontrará nuestro sitio web e información telefónica).

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias es su guía de farmacias de nuestra red

¿Qué son "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas de los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es importante saber acerca de las farmacias de la red?

Si desea usar una farmacia de la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias para encontrarla. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web encontrará un Directorio de Farmacias actualizado www.EricksonAdvantage.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias 2021 para encontrar farmacias de nuestra red.**

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, obtenga uno llamando al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Llame al Servicio al Cliente cuando lo desee para obtener la información más actualizada acerca de los cambios a la red de farmacias. También encontrará esta información en nuestro sitio web www.EricksonAdvantage.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario**. Nosotros simplemente la llamamos “Lista de Medicamentos”. En ella se indican los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por este plan, los cuales han sido seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir las exigencias establecidas por Medicare. La Lista de Medicamentos del plan ha sido aprobada por Medicare.

En la Lista de Medicamentos también encontrará las normas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Nosotros le proporcionaremos la **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más reciente y completa de los medicamentos que tienen cobertura, visite el sitio web del plan (www.EricksonAdvantage.com) o bien llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos con receta de la Parte D

Una vez que comience a usar el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a entender y llevar el registro de los pagos que se hayan realizado por dichos medicamentos. Este informe resumido se llama **Explicación de Beneficios de la Parte D.**

La **Explicación de Beneficios de la Parte D** le indica la cantidad total que usted, u otros en nombre de usted, han gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La Explicación de Beneficios de la Parte D le proporciona más información sobre

los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 **(La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D)** ofrece más información sobre la **Explicación de Beneficios de la Parte D** para ayudarle a llevar el registro de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar un resumen de la Explicación de Beneficios de la parte D, llamando al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 4 La prima mensual del plan

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el año 2021, la prima mensual de este plan es de $199.00. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero se encargue de pagarla).

En ciertas situaciones, la prima del plan podría ser menor

Existen programas para personas con recursos limitados que les ayudan a pagar el costo de sus medicamentos. Entre estos se incluyen el programa Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos o Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2 puede obtener más información acerca de estos programas. Si cumple los requisitos, su inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información acerca de las primas en esta Evidencia de Cobertura no corresponda en su caso**. Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos (también llamado Cláusula adicional del Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

En ciertas situaciones, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, es posible que la prima del plan sea mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Estos casos se explican a continuación.

- Si se inscribió en beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted debe pagar una prima mensual adicional. Si tiene alguna pregunta sobre las primas del plan, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). La prima de la Cláusula adicional Dental Platinum es de $40.00.
- Algunos miembros deben pagar la **multa por inscripción tardía** en la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare tan pronto como reunieron los requisitos por primera vez o debido a que pasaron por un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta. (El término “acreditable”

significa que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la cantidad de la prima mensual del plan más la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- Si usted recibe ayuda del programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si tiene la obligación de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
- Si recibe una factura o el cobro de la multa por inscripción tardía en la Parte D pero no la paga, posiblemente se cancele su inscripción en el plan.

- Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). Esto se debe a que en los últimos 2 años, sus ingresos brutos ajustados y modificados fueron superiores a cierta cantidad, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros sujetos al Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso tendrán que pagar la prima estándar y este cargo adicional, el cual se agregará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica en detalle el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso.

Sección 5 ¿Tiene que pagar una “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe ayuda del programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se añade a su prima en la Parte D. Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un intervalo de 63 días, o más, consecutivos en que usted no tuvo cobertura de la Parte D ni tuvo ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Cobertura acreditable de medicamentos con receta es una cobertura que cumple con las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que dicha cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se añade a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le hacemos saber la cantidad de la multa.

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

Sección 5.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa, de la forma siguiente:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que se retrasó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que cumplió los requisitos para hacerlo. O cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted continúa 14 meses sin cobertura, su multa será 14%.
- Después Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país basado en el año anterior. Para el año 2021, la prima promedio es de $33.06
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la cantidad promedio de la prima y redondéela a los 10 centavos más próximos. En nuestro ejemplo, sería 14% x $33.06, que equivale a $4.63. Este resultado se redondea a $4.60. **Esta** cantidad se sumaría a la prima mensual que paga **si la persona en cuestión tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según la determinación de Medicare) aumenta, su multa también aumentará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para su transición a Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, se puede inscribir tarde y no tiene que pagar la multa

Incluso si retrasó su inscripción en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare después de haber cumplido los requisitos por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare la considera "**cobertura acreditable de medicamentos**". Tenga presente lo siguiente:
    - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un exempleador o de un sindicato, de TRICARE, o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su plan de cobertura de medicamentos es acreditable. Recibirá esta información por carta o en un boletín del plan. Guarde esta información, porque tal vez la necesite si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
        - Tenga presente lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando la cobertura de su plan de salud termina, tal vez no signifique que su plan de cobertura de medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos con receta que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - Los siguientes recursos **no son** coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios de internet con descuentos para medicamentos.
    - Para obtener más información sobre coberturas acreditables consulte el manual **Medicare y Usted 2021** o llame a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable, pero esto sucedió durante un período inferior a 63 días consecutivos.
- Si recibe asistencia del programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden pedirnos que revisemos la decisión sobre dicha multa. Por lo general, debe solicitar esta

revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después de la fecha en que recibió la primera carta en que se le avisa que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si ya estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para averiguar los pasos a seguir (los números de teléfono aparecen en la portada posterior de esta guía).

Sección 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por su Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Si sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos de los últimos 2 años, son superiores a cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, al que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le mandará una carta indicándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Beneficios de Administración del Personal, sin importar de qué manera pague usted su prima del plan, a no ser que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no alcanza a cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. Dicha cantidad no puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos (una vez que han sido ajustados y modificados) son mayores que una cantidad determinada, usted deberá pagar una cantidad adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que tenga que pagar basada en sus ingresos, visite el sitio web es.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más sobre cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar por ley la cantidad adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Sección 7 Más información sobre la prima mensual

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para cumplir los requisitos de nuestro plan usted debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no cumplen los requisitos de la Parte A sin pagar la prima) deben pagar una prima de la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan la prima de la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos de los últimos 2 años (una vez que han sido ajustados y modificados), son mayores que una cantidad determinada, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), al que también se le llama IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no lo hace se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta**.
- Si debe pagar la cantidad adicional, recibirá una carta de parte del Seguro Social **y no del plan de Medicare**, en la que se indicará el monto adicional.
- Para obtener más información sobre la prima de la Parte D basada en los ingresos, consulte la Sección 11 del Capítulo 6 de esta guía. Si lo prefiere, visite el sitio web es.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si lo prefiere, llame a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su ejemplar de **Medicare y Usted 2021** puede encontrar información acerca de las primas de Medicare en la Sección titulada 2021 Costos de Medicare. Este folleto explica como difieren las primas de la Parte D y entre personas con ingresos diversos. Todos los miembros de Medicare reciben un ejemplar de Medicare y Usted cada año en el otoño. Los miembros nuevos del programa reciben la copia a más tardar un mes después de haberse inscrito. Si prefiere, puede descargar un ejemplar de **Medicare y Usted** 2021 del sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O si prefiere, solicite un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con cuatro formas de pagar la prima de su plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para indicar el método que prefiere para pagar la prima del plan, o si desea cambiar su opción actual. (Encontrará el número de teléfono en la portada posterior de esta guía.)

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, puede demorar hasta tres meses para que su nuevo método de pago se aplique. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar a tiempo la prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque personal

Le enviaremos una factura mensual por la prima mensual del plan. Remita su pago a nombre de UnitedHealthcare. En la factura encontrará la dirección postal y demás información. Incluya su número de ID del miembro en su cheque o giro postal. Si desea efectuar un pago para más de un miembro, incluya una papeleta de pago por cada miembro. Escriba el número de ID del miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir antes de o en la fecha de vencimiento que se indica en la factura trimestral. Si necesita otra factura mensual, llame a Servicio al Cliente.

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos

En lugar de hacer pagos con cheque, puede pedir que su pago de la prima mensual del plan sea deducido automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el 5º día de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de transferencia electrónica de fondos, siga las instrucciones de su factura mensual o llame al Servicio al Cliente para recibir asistencia.

Opción 3: Puede pagar con tarjeta de crédito

En lugar de hacer pagos con cheque, puede pagar su prima mensual del plan con su tarjeta de crédito. Si desea usar su tarjeta de crédito para pagar su prima mensual del plan llame al Servicio al Cliente.

Opción 4: Puede pedir que el pago de la prima del plan sea deducido de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que el pago de la prima del plan sea deducido de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con al Servicio al Cliente y pida instrucciones adicionales para pagar la prima mensual del plan por este método. Nos complacerá ayudarlo a hacer los arreglos necesarios. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe ser recibido en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago de la prima a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso de morosidad. Además, tenemos el derecho a exigir el pago de las primas que nos adeude. Si tiene problemas para pagar puntualmente la prima, comuníquese con Servicio al Cliente,

trataremos de orientarle sobre programas de asistencia para el pago de la prima. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima del plan, todavía tendrá cobertura de salud bajo el plan Medicare Original.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima, y, además, no tiene cobertura de medicamentos con receta actualmente, tal vez no tenga cobertura de la Parte D sino hasta el siguiente año siempre y cuando se inscriba en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, es posible que pueda inscribirse en un plan independiente para medicamentos con receta o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si usted no tiene cobertura acreditable de medicamentos con receta durante más de 63 días, posiblemente tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las primas que no nos haya pagado. Tenemos el derecho de exigir el cobro de las primas que adeuda. Si usted solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas impagas en un plan actual o anterior nuestro, nosotros tenemos el derecho de exigirle el pago de cualquier prima que deba, antes de permitirle que se inscriba.

Si piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, tiene derecho a presentar una queja para pedir que reconsideremos la decisión tomada. Las instrucciones para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 9 de la Sección 10 de esta guía. Si se presentó una situación de urgencia fuera de su control la cual produjo el incumplimiento del pago de la prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedirnos que reconsideremos la decisión llamando a 1-866-314-8188 entre 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

Sección 7.2 ¿El plan puede modificar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio se aplicará el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted pasa a cumplir los requisitos para el programa Ayuda Adicional o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa durante el año. Si un miembro cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional para recibir ayuda en el pago de sus medicamentos con receta, el programa pagará el total o una parte de la prima mensual del plan. Si Medicare paga sólo una parte de la prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubre. Si un miembro deja de cumplir los requisitos durante el año, tendrá que comenzar a pagar la prima mensual completa. La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre el programa Ayuda Adicional.

Sección 8 Mantenga al corriente su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Qué debe hacer usted para que el plan tenga su información correcta

Su registro de membresía tiene la información de su solicitud de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica del plan incluyendo a su proveedor de cuidado primario.

Resulta necesario que los médicos, hospitales, farmacéuticos, y demás proveedores de la red del plan tengan sus datos correctos. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos, y la cantidad de costo compartido que le corresponde pagar a usted**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información al corriente.

Manténganos al tanto de los siguientes cambios:

- Cambios de su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Todo cambio a cualquier otra cobertura del seguro de salud o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, del Seguro de Accidentes Laborales o de Medicaid).
- Todo reclamo por responsabilidad civil ante terceros, por ejemplo, reclamos debido a un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia.
- Si recibe cuidados en un hospital o sala de emergencias que está fuera del área o que no es parte de la red.
- Si cambia la persona que ha sido designada como su responsable (por ejemplo, la persona encargada de su cuidado).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguno de estos datos cambia, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

También es importante que se ponga en contacto con la Oficina del Seguro Social si se muda o su dirección postal cambia. Encontrará los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Lea detenidamente la información que le enviemos sobre alguna otra cobertura de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información relacionada con cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentosque usted tenga. Esto es necesario porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios que recibe de nuestro plan. (Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura en caso de que usted tenga otro seguro.)

Una vez al año, recibirá de nuestra parte una carta con un listado de cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos de la que estemos enterados. Le pedimos que lea esta

información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada o si hay alguna otra cobertura no incluida, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 9 Cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Cómo protegemos su información de salud

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8, de esta guía.

Sección 10 Coordinación de otro seguro de salud con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga el costo de los servicios primeramente si usted tiene un seguro de salud adicional?

Si usted tiene un seguro de salud adicional, por ejemplo, cobertura de salud de grupo por parte de su empleador, Medicare ha fijado normas para decidir cuál de los dos seguros debe pagar el costo de los servicios primeramente. El seguro que paga en primero lugar se llama “pagador primario” y le corresponde pagar hasta la cantidad de los límites fijados por esta cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se llama “pagador secundario” y únicamente cubre el costo de los servicios que la cobertura primaria no cubre. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos.

Estas normas se aplican en el caso de que exista cobertura del plan de salud de parte de un empleador o un sindicato:

- Medicare es el pagador primario si usted tiene cobertura de jubilación.
- Si la cobertura del plan de salud de grupo se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién es el pagador primario dependerá de su edad, el número de empleados de la compañía de su empleador y del hecho de que usted tenga Medicare según su edad, discapacidad o si sufre enfermedad renal en etapa terminal:
  - Si usted tiene menos de 65 años y es discapacitado y, además, usted o el miembro de su familia trabaja todavía, su plan de salud grupal pagará los servicios primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o bien, si al menos uno de los empleadores, en el caso de un plan para empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
  - Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal pagará los servicios primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, si al menos uno

de los empleadores, en el caso de un plan para empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a que padece enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará los servicios primero durante los primeros 30 meses después de que usted cumpla los requisitos para recibir Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes laborales

Ni Medicaid ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Ambos se responsabilizan del pago únicamente después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado su parte.

Dé aviso a su médico, hospital y farmacia de algún otro seguro de salud que tenga. Si tiene preguntas respecto a quién es el primer responsable del pago de los servicios, o si necesita actualizar la información del seguro secundario, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Posiblemente sea necesario que de parte a las otras aseguradoras (una vez que haya confirmado la identidad de ellas) su número de identificación de miembro del plan para asegurar el pago correcto y puntual de sus facturas.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2
Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 **Contactos de Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades).... 2**

Sección 2 **Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)..... 8**

Sección 3 **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Obtenga ayuda, información y respuestas gratuitamente a sus preguntas sobre Medicare)..... 9**

Sección 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa)..... 11**

Sección 5 **Seguro Social..... 14**

Sección 6 **Medicaid (Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)..... 15**

Sección 7 **Información sobre programas que ayudan a ciertas personas a pagar sus medicamentos con receta..... 17**

Sección 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria..... 23**

Sección 9 **¿Tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud proporcionado por un empleador?..... 24**

Sección 1 Contactos de Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia sobre reclamos, facturación o tarjetas de ID de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de nuestro plan. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicio al Cliente - Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Cómo solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Puede llamarnos si tiene preguntas con respecto a nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711**

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ENVÍE UN FAX AL	**1-888-950-1170**
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Cómo presentar una apelación sobre su cuidado médico

Una apelación es el mecanismo formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])**.

Método	Apelaciones sobre el cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas acerca del cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ENVÍE UN FAX AL	Únicamente si se trata de apelaciones rápidas o expeditas: **1-866-373-1081**
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Cómo presentar una queja sobre el cuidado médico

Puede presentar una queja acerca de nuestros servicios o de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas sobre la calidad del cuidado médico recibido. Este tipo de queja no tiene que ver con cobertura ni disputas de pago. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o los pagos del plan, consulte la Sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Si desea saber cómo presentar una queja con respecto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Quejas sobre el cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local Si se trata de quejas de tramitación rápida o expedita sobre el cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ENVÍE UN FAX AL	Únicamente para quejas de tramitación rápida: **1-866-373-1081**
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar su queja sobre el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, vaya a **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

Qué hacer si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D cubiertos bajo el beneficio incluido en su plan. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ENVÍE UN FAX AL	**1-844-403-1028**
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Cómo presentar una apelación de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es el mecanismo formal para pedir que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
ENVÍE UN FAX AL	Si se trata de apelaciones de tramitación estándar de medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294** Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas de medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nuestros servicios o los de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad del cuidado de la salud que usted recibe. Este tipo de queja excluye disputas con la cobertura y pagos. (Si su problema es respecto a la cobertura o los pagos del plan, consulte la Sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Si desea saber cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local Para apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ENVÍE UN FAX AL	Para quejas de tramitación estándar de medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294**

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
	Para quejas de tramitación rápida o expedita de medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
ESCRIBA A	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar su queja sobre el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, visite **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

A dónde debe remitir su solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que haya recibido.

Si desea más información en caso que necesite pedirnos el reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.)**

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

Método	Solicitudes de pago relacionadas con el cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	**1-866-314-8188** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
ESCRIBA A	Si se trata de solicitudes de pago de reclamos médicos: UnitedHealthcare P.O. Box 31350, Salt Lake City, UT 84131-0350 Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

Método	Solicitudes de pago relacionadas con el cuidado médico – Información de contacto
	OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
SITIO WEB	**www.EricksonAdvantage.com**

Sección 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS). Esta agencia tienen un contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo a nosotros mismos.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227** Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	**es.medicare.gov** Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Este sitio le brinda información al día sobre Medicare y los asuntos corrientes de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias servicios de cuidado de la salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye guías que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare contiene detalles para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare:** le proporciona información los requisitos para recibir Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	• **Buscador de Planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que tendría en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar una queja ante Medicare respecto a Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS): • **Presente su queja ante Medicare:** Puede presentar su queja sobre el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite el sitio web es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar los servicios del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, acuda a su biblioteca o centro local para adultos de edad avanzada, donde le permitirán usar las computadoras para visitar este sitio web. O si prefiere, puede llamar a Medicare y pedir la información está buscando. Medicare buscará la información que solicite en el sitio web, imprimirán una copia y se la enviarán por correo. Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Obtenga ayuda, información y respuestas gratuitamente a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con asesores capacitados en todos los estados.La siguiente es una lista de los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro de Salud en cada estado donde prestamos servicio:

- Colorado - Colorado Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP)
- Florida - Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
- Kansas - Kansas Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK)
- Massachusetts - Massachusetts Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE)
- Maryland - Maryland Department of Aging - Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP)
- Michigan - Michigan MMAP, Inc. Senior Health Insurance Program
- North Carolina - North Carolina Seniors Health Insurance Information Program (SHIIP)
- New Jersey - New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
- Pennsylvania - Pennsylvania APPRISE Senior Health Insurance Program

- Texas - Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP)
- Virginia - Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare.

Los asesores del programa pueden ayudarlo a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. También le ayudarán a entender sus derechos bajo Medicare, a presentar quejas relacionadas con su cuidado médico o tratamientos médicos y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Estos asesores también le ayudarán a que entienda las opciones de su plan de Medicare y responderán sus preguntas si desea cambiar de plan.

Programas Estatales de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP): Información de contacto	
Colorado | Colorado Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1560 Broadway, STE 850 Denver, CO 80202 https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare	1-888-696-7213 TTY 711
Florida | Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way, STE 270 Tallahassee, FL 32399-7000 www.floridashine.org	1-800-963-5337 TTY 1-800-955-8770
Kansas | Kansas Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) New England BLDG, 503 S Kansas AVE Topeka, KS 66603-3404 http://www.kdads.ks.gov/SHICK/shick_index.html	1-800-860-5260 TTY 1-785-291-3167
Massachusetts | Massachusetts Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) 1 Ashburton PL, RM 517 Boston, MA 02108 http://www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html	1-800-243-4636 TTY 1-800-439-2370
Maryland | Maryland Department of Aging - Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) 301 W Preston ST, STE 1007 Baltimore, MD 21201 https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx	1-800-243-3425 TTY 711

Programas Estatales de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP): Información de contacto	
Michigan | Michigan MMAP, Inc. Senior Health Insurance Program 5303 S Cedar ST Lansing, MI 48911 www.mmapinc.org	1-800-803-7174 TTY 711
North Carolina | North Carolina Seniors Health Insurance Information Program (SHIIP) 325 N Salisbury ST Raleigh, NC 27603 http://www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx	1-855-408-1212 TTY 711
New Jersey | New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715 http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html	1-800-792-8820 TTY 711
Pennsylvania | Pennsylvania APPRISE Senior Health Insurance Program 555 Walnut ST, FL 5 Harrisburg, PA 17101-1919 https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx	1-800-783-7067 TTY 711
Texas | Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104 http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/	1-800-252-9240 TTY 1-800-735-2989
Virginia | Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 1610 Forest AVE, STE 100 Henrico, VA 23229 https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm	1-800-552-3402 TTY 711

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada en cada estado para el servicio de los beneficiarios de Medicare. La siguiente lista contiene el nombre de los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro de Salud en cada estado en los que prestamos servicios:

- Colorado - KEPRO
- Florida - KEPRO
- Kansas - Livanta BFCC-QIO Program
- Massachusetts - KEPRO
- Maryland - Livanta BFCC-QIO Program
- Michigan - Livanta BFCC-QIO Program
- North Carolina - KEPRO
- New Jersey - Livanta BFCC-QIO Program
- Pennsylvania - Livanta BFCC-QIO Program
- Texas - KEPRO
- Virginia - Livanta BFCC-QIO Program

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado en el que usted reside cuenta con un grupo de médicos y de profesionales del cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios directamente del gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado de la salud de las personas inscritas en Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado en particular es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

En cualquiera de los siguientes casos, deberá ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado:

- Quejas relacionadas con la calidad del cuidado de la salud que ha recibido.
- Piensa que la cobertura por su estadía en un hospital terminará demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro para la rehabilitación completa de pacientes ambulatorios terminarán demasiado pronto.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto	
Colorado | KEPRO 5700 Lombardo CTR DR, STE 100 Seven Hills, OH 44131 https://www.keproqio.com/providers/transition	1-888-317-0891 TTY 1-855-843-4776 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local

Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto	
Florida | KEPRO 5201 W Kennedy BLVD, STE 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/providers/transition	1-888-317-0751 TTY 1-855-843-4776 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Kansas | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-888-755-5580 TTY 1-888-985-9295 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Massachusetts | KEPRO 5700 Lombardo CTR DR, STE 100 Seven Hills, OH 44131 https://www.keproqio.com/providers/transition	1-888-319-8452 TTY 1-855-843-4776 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Maryland | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-888-396-4646 TTY 1-888-985-2660 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Michigan | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-888-524-9900 TTY 1-888-985-8775 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local

Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto	
North Carolina | KEPRO 5201 W Kennedy BLVD, STE 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/providers/transition	1-888-317-0751 TTY 1-855-843-4776 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
New Jersey | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-866-815-5440 TTY 1-866-868-2289 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Pennsylvania | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-888-396-4646 TTY 1-888-985-2660 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Texas | KEPRO 5201 W Kennedy BLVD, STE 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/providers/transition	1-888-315-0636 TTY 1-855-843-4776 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local
Virginia | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701 https://livantaqio.com/en/provider/transition	1-888-396-4646 TTY 1-888-985-2660 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local; 11 a.m. a 3 p.m., los fines de semana y días festivos, hora local

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si usted cumple los requisitos de inscripción en el programa Medicare y también se encarga de administrarlo. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, los residentes permanentes legales y aquellos que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, cumplen los requisitos para participar en Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática, de lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare, y si usted desea inscribirse en el programa puede llamar a la Oficina del Seguro Social o visitar la de su localidad.

El Seguro Social también es determina quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que percibe ingresos más altos. Si recibe una carta del Seguro Social para informarle que debe pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre esta cantidad o si sus ingresos son menores debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, llame al Seguro Social para solicitar que reconsideren la decisión tomada.

Si se muda o cambia su dirección postal, es muy importante que se comunique con el Seguro Social para dar parte.

Método	Seguro Social : Información de contacto
LLAME AL	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de teléfono automático del Seguro Social para obtener información grabada y completar algunos trámites 24 horas del día.
TTY	**1-800-325-0778** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

Sección 6 Medicaid (Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que cumplen los requisitos para Medicare también los cumplen para Medicaid.

Además, existen programas a través de Medicaid para asistir a los miembros de Medicare con el pago de sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Los siguientes “programas

de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, además de otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son beneficiarias de QMB también cumplen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid a través del programa QMB+).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son beneficiarias de SLMB también cumplen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid a través del programa SLMB+).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo calificado como discapacitado que trabaja (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con su agencia estatal de Medicaid.

Programas estatales de Medicaid: Información de contacto	
Colorado | Colorado Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant ST Denver, CO 80203-1818 www.healthfirstcolorado.com	1-800-221-3943 TTY 711 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, hora de la Montaña
Florida | Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) 2727 Mahan DR, MS 6 Tallahassee, FL 32308 https://ahca.myflorida.com/	1-888-419-3456 TTY 1-800-955-8771 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
Kansas | KanCare (Kansas Department of Health and Environment) 1000 SW Jackson ST Topeka, KS 66612-1220 www.kancare.ks.gov	1-800-792-4884 TTY 1-800-766-3777 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Centro
Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services 100 Hancock ST, FL 6 Quincy, MA 02171 http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/	1-800-841-2900 TTY 1-800-497-4648 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este

Programas estatales de Medicaid: Información de contacto	
Maryland | Maryland Department of Health 201 West Preston ST Baltimore, MD 21201-2399 https://health.maryland.gov/pages/index.aspx	1-877-463-3464 TTY 1-800-735-2258 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
Michigan | Department of Health and Human Services 333 S Grand AVE, P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909 http://www.michigan.gov/mdhhs/	1-517-373-3740 TTY 1-800-649-3777 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
North Carolina | Division of Medical Assistance 2501 Mail Service CTR Raleigh, NC 27699-2501 https://dma.ncdhhs.gov/medicaid	1-888-245-0179 TTY 1-877-452-2514 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
New Jersey | Department of Human Services Division of Medical Assistance & Health Services P.O. Box 712 Trenton, NJ 08625-0712 https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/	1-800-701-0710 TTY 711 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
Pennsylvania | Pennsylvania Department of Human Services P.O. Box 5959 Harrisburg, PA 17110-0959 http://www.dhs.pa.gov/	1-800-692-7462 TTY 1-800-451-5886 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este
Texas | Texas Medicaid Health and Human Services Commission 4900 N Lamar BLVD, P.O. Box 13247 Austin, TX 78751 https://hhs.texas.gov/about-hhs/find-us	1-512-424-6500 TTY 1-512-424-6597 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Centro
Virginia | Department of Medical Assistance Services 600 E Broad ST Richmond, VA 23219 http://www.dmas.virginia.gov/	1-855-242-8282 TTY 711 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, hora del Este

Sección 7 Información sobre programas que ayudan a ciertas personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Medicare proporciona el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni automóvil. Si cumple las condiciones, recibirá ayuda para pagar las primas mensuales del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de recetas. Esta Ayuda Adicional también se toma en cuenta para los gastos de su bolsillo.
Las personas con ingresos y recursos limitados pueden cumplir los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional. Algunas califican automáticamente para recibir el programa y no necesitan solicitar su inscripción en él. Medicare envía automáticamente una carta a las personas que califican para que se incorporen a este programa.

Es posible que usted pueda recibir el programa Ayuda Adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional llame a:

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

Si piensa que cumple los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando surte sus recetas en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener prueba de cuál es su nivel de copago correcto. También le ofrecemos la alternativa de darnos la prueba del nivel de copago correcto si ya la tiene.

- Envíe la información por fax al 501-262-7070 o por correo a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando recibamos la prueba que demuestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga más de lo que debería de copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o la reduciremos de los copagos futuros. Si la farmacia no ha recaudado su copago y lo procesa como una cantidad que usted adeuda, entonces posiblemente hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado realiza pagos en nombre suyo, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos se encuentran impresos en la contracubierta de esta guía).

Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare

Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) ofrece cobertura adicional durante la Etapa Sin Cobertura para medicamentos de insulina selectos. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa Sin Cobertura. Nota: Este costo compartido solamente se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”). Para saber cuáles son los medicamentos de insulina selectos, revise la Lista de

Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de esta guía).

El Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que no reciben el programa "Ayuda Adicional".

Si se trata de medicamentos de marca, el descuento del 70% ofrecido por los fabricantes excluye los cargos de suministros de los costos en la Etapa Sin Cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa Sin Cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando la farmacia le facture el medicamento, y su **Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D** reflejará los descuentos aplicados. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad del descuento del fabricante se toman en cuentan como los gastos de su bolsillo, como si usted las hubiera pagado, y le permiten avanzar por la Etapa Sin Cobertura. La cantidad que paga el plan (5%) no se toma en cuenta como los gastos de su bolsillo. Usted también recibe cierto nivel de cobertura de medicamentos genéricos.

Si alcanza la Etapa Sin Cobertura, el plan pagará el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted pagará el 25% restante. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (75%) no se toma en cuenta como los gastos de su bolsillo. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la Etapa Sin Cobertura. Además, el cargo de suministro se incluye en el costo del medicamento.

El Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare se ofrece en todo el país. Debido a que su plan ofrece cobertura adicional para la etapa sin cobertura, en ocasiones los gastos de su bolsillo serán menores que los gastos que se indican aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6, para obtener más información acerca de la cantidad del copago o el coseguro durante la etapa sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que usted toma o sobre el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de parte de un programa estatal de ayuda para medicamentos?

Si se ha inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en un programa que provea cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte del programa Ayuda Adicional), aun así recibirá el descuento del 70% para los medicamentos de marca con cobertura. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la etapa sin cobertura. Tanto el descuento del 70% como el del 5% que paga el plan, se aplican al precio del medicamento antes de emplear el Programa estatal de asistencia farmacéutica o el de otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ofrece ayuda a las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que sufren de VIH o sida para que tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar su vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están incluidos en el programa ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido. Nota: Para recibir asistencia del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) de su estado, las personas deben cumplir ciertos requisitos, entre otros, comprobante de residencia en un estado, diagnóstico de VIH y bajos ingresos, según la definición de su estado, además no deben tener seguro de salud o, si lo tienen, debe ser insuficiente.

Si actualmente está inscrito en el programa ADAP, puede ayudarle con el costo compartido de los medicamentos de la Parte D de Medicare si estos medicamentos también se encuentran en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta ayuda, informe a su programa ADAP sobre cualquier cambio al nombre de su plan de la Parte D de Medicare o a su número de póliza.

Para información acerca de los criterios para cumplir los requisitos acerca de los medicamentos con cobertura o sobre cómo inscribirse en el programa, llame a su oficina estatal del programa ADAP indicada más abajo.

Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida (ADAP) - Información de contacto	
Colorado | Colorado AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ADAP-3800, 4300 Cherry Creek DR S Denver, CO 80246-1530 https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program	1-303-692-2716 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Florida | Florida Department of Health ADAP HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html	1-800-352-2437 8 a.m. a 9 p.m., de lunes a viernes, hora local
Kansas | Kansas AIDS Drug Assistance Program 1000 SW Jackson ST, STE 210 Topeka, KS 66612 http://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm	1-785-296-6174 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Massachusetts | Community Research Initiative/HDAP The Schrafft's City CTR, 529 Main ST, STE 301 Charlestown, MA 02129 http://crine.org/hdap/	1-617-502-1700 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local

Programa de Asistencia de Medicamentos para el sida (ADAP) - Información de contacto	
Maryland | Maryland AIDS Drug Assistance Program Prevention and Health Promotion Administration, 201 W Preston ST Baltimore, MD 21201 https://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/Pages/madap.aspx	1-410-767-6535 8:30 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, hora local
Michigan | Michigan Drug Assistance Program Link Up Michigan Program, HIV Care Section, 109 Michigan AVE, FL 9 Lansing, MI 48913 https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-71550_2955_2982_70541-456735–,00.html	1-888-826-6565 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
North Carolina | North Carolina Division of Public Health Communicable Disease Branch, 1905 Mail Service CTR Raleigh, NC 27699-1905 https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html	1-919-733-3419 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
New Jersey | New Jersey AIDS Drug Distribution Program (ADDP) P.O. Box 360 Trenton, NJ 08625-0360 http://www.state.nj.us/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml	1-877-613-4533 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, hora local
Pennsylvania | Pennsylvania Special Pharmaceutical Benefits Program Department of Health, 625 Forster S, H&W BLDG, RM 611 Harrisburg, PA 17120 https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx	1-800-922-9384 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, hora local
Texas | Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9387 www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds	1-800-255-1090 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Virginia | Virginia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Office of Disease Prevention, 109 Governor ST, FL 6 Richmond, VA 23219 http://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/virginia-aids-drug-assistance-program-adap/	1-800-533-4148 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local

¿Qué sucede si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos con receta? ¿Podrá obtener los descuentos?

No. Si recibe el programa Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para costear los medicamentos con receta durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento pero cree que debería recibirlo?

Si piensa que ya alcanzó la etapa sin cobertura y no recibió un descuento al pagar su medicamentos de nombre de marca, debe revisar el documento Explicación de Beneficios de la Parte D tan pronto lo reciba. Si el descuento no aparece en este documento, debe comunicarse con nosotros para confirmar que los registros de sus medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, puede presentar una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, llame a los teléfonos que aparecen en la Sección 3 de este Capítulo o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de ayuda para medicamentos

Muchos estados cuentan con programas estatales de ayuda para medicamentos o Programas estatales de asistencia farmacéutica que asisten a algunas personas para pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, condición de salud o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

La siguiente es una lista de los programas estatales de ayuda para medicamentos en cada estado donde prestamos servicio:

- Colorado - Colorado Department of Health Care Poliicy & Financing
- Massachusetts - Prescription Advantage Executive Office of Elder Affairs
- Maryland - Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP)
- New Jersey - New Jersey Pharmaceutical Assistance To The Aged & Disabled (PAAD)
- Pennsylvania - Pennsylvania PACE
- Texas - Texas HIV State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)
- Virginia - Virginia Medication Assistance Program (MAP)

Programas estatales de ayuda para medicamentos – Información de contacto	
Colorado | Colorado Department of Health Care Poliicy & Financing 1570 Grant ST Denver, CO 80103-1818 https://www.colorado.gov/hcpf/contact-hcpf	1-800-221-3943 TTY 711 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Massachusetts | Prescription Advantage Executive Office of Elder Affairs P.O. Box 15153 Worcester, MA 01615-0153 https://www.prescriptionadvantagema.org/	1-800-243-4636 TTY 1-877-610-0241 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local

Programas estatales de ayuda para medicamentos – Información de contacto	
Maryland | Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP) c/o Pool Administrators, 628 Hebron AVE, STE 502 Glastonbury, CT 06033 www.marylandspdap.com	1-800-551-5995 TTY 1-800-877-5156 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
New Jersey | New Jersey Pharmaceutical Assistance To The Aged & Disabled (PAAD) P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715 http://www.state.nj.us/humanservices/doas/paad/	1-800-792-9745 TTY 711 8:30 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes, hora local
Pennsylvania | Pennsylvania PACE P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105-8806 https://pacecares.magellanhealth.com	1-800-225-7223 TTY 1-800-222-9004 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Texas | Texas HIV State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714 https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm	1-800-255-1090 TTY 711 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local
Virginia | Virginia Medication Assistance Program (MAP) P.O. Box 2448 Richmond, VA 23218-2448 http://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/virginia-aids-drug-assistance-program-adap/	1-855-362-0658 TTY 711 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora local

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que actualice su información si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAME AL	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratis.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
	Si oprime el “0,” puede hablar con un representante de RRB, los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Si oprime el “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB con información grabada las 24 horas al día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	**1-312-751-4701** Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número **no** son gratis.
SITIO WEB	**rrb.gov**

Sección 9 ¿Tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud proporcionado por un empleador?

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge) recibe beneficios de parte del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre las primas, los beneficios de salud del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge) o el período de inscripción. (Los teléfonos de Servicio al Cliente aparecen en la portada posterior de esta guía). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare mediante este plan o con los períodos de inscripción para hacer cambios.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo se coordinará nuestro plan con su cobertura actual de medicamentos con receta.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3
Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 1 Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan.....3
Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y servicios cubiertos?..... 3
Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan..... 3

Sección 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red del plan para obtener cuidado de la salud..... 4
Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado médico.....4
Sección 2.2 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red..... 5
Sección 2.3 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red....7

Sección 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre..... 8
Sección 3.1 Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica..... 9
Sección 3.2 Cómo obtener cuidado en casos de necesitar urgentemente los servicios médicos..... 10
Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre.....10

Sección 4 Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos..... 11
Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....11
Sección 4.2 Si los servicios no tienen cobertura del plan, usted debe pagar el costo total..... 11

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico? 12
Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?..... 12
Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?..... 12

Sección 6 Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece servicios de salud.....14

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud? 14

Sección 6.2 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud.....14

Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero.....15

Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado una cantidad determinada de pagos en nuestro plan? 15

SECCIÓN 8 Reglas para Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento..... 15

Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a que tiene derecho?..... 15

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?.... 16

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja su plan y regresa a Medicare Original?.... 16

Sección 1 Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan

En este Capítulo encontrará información para obtener los servicios que ofrece la cobertura de cuidado de la salud del plan. También contiene definiciones de términos y una explicación de las normas que debe seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados de la salud cubiertos por el plan.

Para los detalles del tipo de cuidado de la salud que cubre nuestro plan y la cantidad que usted paga al obtener estos servicios, use la **Tabla de Beneficios** del Capítulo 4 **(Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted).**

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

Las siguientes son algunas definiciones que le ayudarán a saber cómo obtener los cuidados y los servicios médicos que tienen cobertura como miembro de nuestro plan:

- **Proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que el estado certifica para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red facturan sus servicios directamente al plan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios que haya recibido
- **Servicios cubiertos** incluye todos los cuidados de la salud, servicios de cuidado de la salud, suministros y equipo cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidados de la salud aparecen en la **Tabla de Beneficios** del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan

Como un plan de salud de Medicare Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios que proporciona la cobertura Medicare Original así como observar todas las normas de esta misma cobertura.

En general, este plan cubrirá sus cuidados de la salud, siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).

- **El cuidado que reciba está considerado como médicamente necesario**. El término "médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición de salud y cumplen con los criterios aceptados de la profesión médica.
- **Usted recibe su cuidado de un proveedor que cumple los requisitos para proporcionar servicios bajo Medicare Original**. Como miembro de nuestro plan, puede recibir su cuidado de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para más detalles, consulte la Sección 2 de este Capítulo).
  - Los proveedores de nuestra red están incluidos en el **Directorio de Proveedores.**
  - Si usted usa un proveedor fuera de la red, posiblemente el costo compartido por los servicios cubiertos sea más alto.
  - Mientras sea miembro de nuestro plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS) puede utilizar proveedores de la red o proveedores fuera de la red para ciertos servicios cubiertos. La lista de servicios cubiertos que puede recibir de proveedores fuera de la red y los costos por obtener dichos servicios dentro o fuera de la red, se encuentra en el Capítulo 4. Antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red sería recomendable que confirme si aceptan la asignación de Medicare y verifique con nosotros si los servicios que va a obtener están cubiertos por nuestro plan y son médicamente necesarios. Ciertos servicios cubiertos se pueden recibir solamente de proveedores de la red.
  - **Tenga presente lo siguiente:** Aunque puede obtener cuidados de la salud de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos realizar pagos a un proveedor que no participe en el programa Medicare, o haya sido excluido o imposibilitado de participar en él. Si consulta a un proveedor que no cumple estos requisitos, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Antes de recibir servicios del proveedor, confirme que cumple los requisitos de participación en Medicare.
- **Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario de la red que provee y supervisa su cuidado.** Como miembro del plan, usted debe escoger un proveedor de cuidado primario dentro de la red (para más información, consulte la Sección 2.1 de este Capítulo).

Sección 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red del plan para obtener cuidado de la salud

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado médico

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

Proveedor de cuidado primario

El proveedor de cuidado primario es el médico de la red que usted elige para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

Qué médicos pueden ser proveedor de cuidado primario

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general.

Función del proveedor de cuidado primario

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante ya que este médico es responsable tanto de sus necesidades de cuidados de la salud de rutina como de coordinar los cuidados de su salud en general. Posiblemente usted quiera pedir ayuda a este proveedor para elegir a un especialista de la red, y para citas de seguimiento con este proveedor después de una visita con el especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario al momento de su inscripción. Sin embargo, puede consultar a cualquier proveedor de la red que usted desee.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más actualizado y elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía. Así obtendrá la información más actualizada de los proveedores de nuestra red.

Si no elige un proveedor de cuidado primario al momento de inscribirse, nosotros lo seleccionaremos por usted. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario cuando lo desee. Consulte la sección “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” enseguida.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo y cuando lo desee. Por otra parte, es posible que su proveedor de cuidado primario abandone la red de proveedores de nuestro plan. En este caso, usted tendrá que elegir un nuevo proveedor de cuidado primario.

Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Si el proveedor de cuidado primario puede aceptar más miembros del plan, el cambio se aplicará el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que refleja este cambio.

Sección 2.2 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidados de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: especialistas en el tratamiento de pacientes con cáncer.
- Cardiólogos: especialistas en el tratamiento de enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas: especialistas en el tratamiento de pacientes con ciertos trastornos de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, la cantidad que le corresponde pagar por el costo compartido de los servicios cubiertos será la indicada en la **Tabla de Beneficios** en el Capítulo 4, bajo el título "Fuera de la red". Usted paga el costo compartido que le corresponde fuera de la red, aun si recibió una referencia para dichos servicios o si nos pidió una decisión de cobertura previa a su visita. Sin embargo, en caso de no haber proveedores de la red contratados, puede pedir acceso a cuidado fuera de la red a un costo compartido igual que dentro de la red. Si necesita ver a un proveedor fuera de la red, o si necesita ayuda para encontrar a un proveedor de la red, llame al Servicio al Cliente. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades comunes de cuidados de la salud, es posible que usted desee consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para ver a un especialista de la red o a un proveedor especializado en salud mental y del comportamiento**. Si bien, no necesita una referencia para ver a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle al especialista adecuado para su condición de salud, responder a sus preguntas sobre el plan de tratamiento recomendado por el especialista y proporcionar el cuidado de seguimiento necesario. Para lograr una mejor coordinación de su cuidado de la salud, le recomendamos que notifique a su proveedor de cuidado primario cuando consulte a un especialista de la red.

Consulte el **Directorio de Proveedores** para el listado de especialistas del plan disponibles a través de su red o, si prefiere, consulte el **Directorio de Proveedores** por el internet en el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía.

¿Qué ocurre cuando un especialista o un proveedor de la red dejan de dar servicios a nuestro plan?

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios a la lista de hospitales, doctores y especialistas que forman parte del plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de dar servicios al plan, si esto ocurre, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación a que su proveedor de la red deje de dar servicios a nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si actualmente está bajo tratamiento, tiene derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sufra interrupciones, y nos aseguraremos de que así sea.

- Si no está satisfecho con que el proveedor calificado que reemplaza a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo tratado adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará de dar servicios al plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un proveedor nuevo para que administre sus cuidados.

Puede solicitar ayuda al Servicio al Cliente al número que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Algunos servicios requieren preautorización de parte del plan para que tengan cobertura. La obtención de una preautorización es responsabilidad del proveedor de cuidado primario o del proveedor que proporciona el tratamiento. Los servicios y artículos que requieren preautorización están enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos, en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede optar por recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en casos de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usa un proveedor fuera de la red, es posible que aumente el costo compartido por los servicios cubiertos.** Para más información sobre los beneficios cubiertos fuera de la red y el costo compartido que tendrá que pagar en el caso de acudir a proveedores fuera de la red, consulte la tabla del **Capítulo 4** (**Tabla de Beneficios Médicos [qué cubre el plan y qué paga usted])**. La siguiente es información detallada sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Usted puede obtener cuidado de un proveedor fuera de la red; pero, en la mayoría de los casos el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos realizar pagos a un proveedor que haya optado por no participar en, o haya sido excluido o imposibilitado de participar en Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no participa en Medicare o ha sido excluido o inhabilitado del programa Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Antes de recibir servicios del proveedor, confirme que participa en Medicare.
- Si obtiene servicios fuera de la red dentro de los Estados Unidos, pagaremos los servicios como servicios cubiertos de acuerdo con las normas de Medicare Original. En la cobertura Medicare Original, los proveedores eligen aceptar o no la asignación de Medicare. El término asignación significa que el médico, proveedor o suministrador ha firmado un contrato con Medicare para aceptar la cantidad aprobada por este programa como el pago total por los servicios cubiertos. La mayoría de los médicos, proveedores y suministradores aceptan asignaciones, pero usted siempre debe corroborar esta información. También le recomendamos que sepa la cantidad que usted pagará por cada servicio o suministro antes de obtenerlo. Para determinar si los médicos o proveedores fuera de la red aceptan asignaciones (es decir, participan en Medicare), comuníquese con el programa Medicare (consulte el Capítulo 2, Sección 2 de esta **Evidencia de Cobertura**).

Si obtiene servicios de un médico o proveedor dentro de los Estados Unidos qué no aceptan asignaciones, usted será responsable del costo compartido correspondiente a los servicios cubiertos de nuestro plan, más la diferencia de costo entre la cantidad que nosotros pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare. Por “cobro límite” se entiende que el proveedor solamente puede cobrarle un sobrecargo máximo del 15% de la cantidad aprobada por Medicare.

- Usted no necesita una referencia o preautorización para obtener cuidados de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de estos proveedores, sería aconsejable que pidiera una decisión de cobertura previa a la consulta para confirmar que los servicios que va a obtener están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 9 Sección 4 para información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.) Esto es importante ya que:
  - Sin una decisión de cobertura antes de la visita, si luego determinamos que los servicios no eran médicamente necesarios o no tenían cobertura, podríamos negar la cobertura y usted será responsable de todos los costos. Si le informamos que no cubriremos los servicios, usted tiene el derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado. Consulte el Capítulo 9 **¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja?** para instrucciones sobre cómo presentar una apelación.
- La mejor opción es que un proveedor fuera de la red facture sus servicios al plan en primer lugar. Sin embargo, si usted ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte correspondiente al costo compartido de los servicios cubiertos que nos corresponde. Por otra parte, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted piensa que nosotros debemos pagar, puede enviárnosla para que tramitemos el pago. Consulte el Capítulo 7 **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos)** para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o cómo solicitar un reembolso.
- Si piensa utilizar a un proveedor fuera de la red para para cuidado de emergencia, servicios requeridos de urgencia o diálisis fuera del área, es posiblemente tenga que pagar un costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para más información sobre estas situaciones.
- Puede recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red en cualquier parte de Estados Unidos, incluidos los 50 estados y el Distrito de Columbia. El beneficio de Punto de Servicio no está disponible en los territorios. (Excepto si se trata de servicios de emergencia, los cuales están cubiertos en todo el mundo, y servicios de cuidado posestabilización, diálisis fuera del área de servicio o servicios requeridos de urgencia que están cubiertos en todo Estados Unidos). La lista de servicios cubiertos que puede obtener de proveedores fuera de la red se encuentra en el Capítulo 4. Ciertos servicios cubiertos se pueden recibir solamente de proveedores de la red.

Sección 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica

¿Qué es una y qué debe hacer en casos de emergencia médica?

Se entiende por **emergencia médica** cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita obtener aprobación ni una referencia previa de parte de su proveedor de cuidado primario.

Servicios cubiertos en casos de emergencia médica

Podrá recibir cuidados de la salud de emergencia con cobertura cuando los necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la **Tabla de Beneficios Médicos** en el Capítulo 4 de esta guía.

Si recibe servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, generalmente tendrá que pagar la factura al momento de recibir los servicios. La mayoría de los proveedores extranjeros no cumplen los requisitos para recibir un reembolso directamente de Medicare, y le pedirán a usted que pague los servicios directamente. Pida una factura o un recibo detallado por escrito que muestre los servicios específicos que le prestaron. Envíenos una copia de la cuenta detallada o un recibo detallado para que le reembolsemos. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información adicional necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluso los registros médicos.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan cuidado de emergencia para ayudar en la administración y el seguimiento de su cuidado. Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica.

Una vez que termina la situación de emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para confirmar que su condición continúa estable. El cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de la salud de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido que le corresponde para servicios fuera de la red, el cual es mayor.

Casos que no eran una emergencia médica

En ocasiones, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir en busca de cuidado de emergencia, porque piensa que su salud corre grave peligro, pero el médico determina que no se trata de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, y siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos el cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico determine que **no** se trataba de una emergencia, la cantidad del costo compartido que usted paga dependerá de donde obtenga los cuidados: de proveedores dentro la red o de proveedores fuera de la red. Si obtiene el cuidado de proveedores dentro de la red, por lo general, la parte de los costos será más reducida que si obtuviera cuidado de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado en casos de necesitar urgentemente los servicios médicos

¿Qué son servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia son los cuidados prestados para tratar una enfermedad, lesión o condición de salud no prevista, que no es de emergencia pero que requiere cuidado de la salud inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente indispuestos o inaccesibles. Por ejemplo, la condición imprevista podría ser la exacerbación imprevista de una enfermedad que ya se sabe que usted padece.

¿Qué debe hacer si se encuentra en el área del plan y necesita servicios requeridos de urgencia?

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio del plan y usa un proveedor fuera de la red, usted pagará un costo compartido más alto por el cuidado requerido de urgencia. En el **Directorio de Proveedores** puede encontrar una lista de centros de cuidado de urgencia de la red.

¿Qué debe hacer si se encuentra fuera del área del plan y necesita servicios médicos de urgencia?

Si usted se encuentra fuera del área de servicio y no le es posible obtener cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que le preste cualquier proveedor aplicando el costo compartido de los servicios requeridos de urgencia, según se describe en el Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara la zona geográfica en la que

usted reside un área de desastre o en estado de emergencia, también tiene derecho a recibir cuidados del plan.

Visite el sitio web: www.EricksonAdvantage.com donde encontrará información sobre cómo obtener los cuidados que necesite durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, por lo general, el plan le permite obtener cuidados de proveedores fuera de la red al costo compartido correspondiente a cuidados dentro de la red. Si no le es posible utilizar una farmacia de la red durante un desastre, tal vez pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para más información.

Sección 4 Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos

Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos, o si ha recibido facturas por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos** para información sobre cómo proceder.

Sección 4.2 Si los servicios no tienen cobertura del plan, usted debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; esos servicios están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía) y se obtienen según las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre este plan, ya sea porque no son servicios cubiertos, o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre el pago de algún servicio o cuidado de la salud que está considerando, tiene derecho a preguntar si cubriremos dicho servicio antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitar información por escrito. Si no cubrimos los servicios, usted tiene derecho a apelar esta decisión.

El Capítulo 9 **Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)** tiene más información sobre cómo proceder si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Servicio al Cliente para más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Si se trata de servicios con un límite de cobertura en los beneficios, usted pagará el costo total de cualquier servicio obtenido después de alcanzar el límite de la cobertura de esos servicios. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina al año y usted recibe este servicio, pero decide obtener otro examen físico de rutina durante el mismo año, usted pagará el costo total del

segundo examen físico de rutina. Las cantidades que usted paga después de haber alcanzado el límite del beneficio no se contabilizan para el cálculo del máximo anual de gastos de su bolsillo. (Consulte la información adicional sobre el máximo de gastos de su bolsillo de nuestro plan en el Capítulo 4.) Puede llamar al Servicio al Cliente cuando quiera saber cuánto ha usado hasta la fecha del límite de beneficio.

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?

Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es un método utilizado por médicos y científicos para probar los resultados de cuidados de la salud nuevos, por ejemplo un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos ensayos se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados de la salud. El ensayo clínico es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si el nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los ensayos clínicos están disponibles a miembros de nuestro plan. El ensayo clínico debe contar con la aprobación previa de Medicare. Si participa en un ensayo que Medicare **no** haya aprobado, **usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en él.**

Una vez que Medicare aprueba el ensayo clínico, un representante de este se pondrá en contacto con usted para darle los detalles necesarios y para determinar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos para el ensayo. Usted puede participar en el ensayo siempre y cuando cumpla los requisitos **y** haya entendido y aceptado cabalmente todo lo que implica su participación.

Si Medicare aprueba el ensayo clínico en el que usted participará, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del ensayo. Si participa en un ensayo clínico, usted seguirá inscrito en nuestro plan y continuará obteniendo el resto de sus cuidados (los que no están relacionados con el ensayo) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare, **no** es necesario obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que prestan sus servicios como parte del ensayo clínico no tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un ensayo clínico, **sí necesita notificarnos antes de que comience a participar en él.**

Si piensa participar en un ensayo clínico, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía) para notificarles que participará en un ensayo clínico y para obtener información más específica acerca de lo que pagará el plan.

Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?

Una vez que sea parte de un ensayo clínico aprobado por Medicare, tendrán cobertura los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre otros:

- Gastos de habitación y comida por una estadía en hospital que Medicare cubriría, aunque usted no fuera parte del estudio.
- Gastos de una operación o procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Gastos para el tratamiento de efectos secundarios y complicaciones como consecuencia del nuevo método de cuidados.

Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará también parte de los costos. Este plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que a usted le corresponde como miembro de nuestro plan. En otras palabras, usted pagará la misma cantidad por recibir los servicios como parte del estudio que en caso de recibirlos de parte de nuestro plan.

El siguiente ejemplo muestra cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que se le practican pruebas de laboratorio como parte del ensayo clínico cuesta un costo de $100. Supongamos también que el costo compartido que le corresponde pagar por esta prueba es $20 de acuerdo con el plan Medicare Original. Conforme a los beneficios de nuestro plan, sin embargo, esta prueba costaría solamente $10. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos los $10 restantes. Esto significa que usted paga $10, que es la misma cantidad que usted pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que este plan pague el costo compartido que le corresponde, usted deberá presentar una solicitud de pago. Con esta solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de Medicare u otros documentos. En estos documentos deben constar los servicios recibidos como parte del estudio y la cantidad que usted adeuda. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan cubrirán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare **no** cubrirá el artículo o servicio nuevo que el estudio está poniendo a prueba, a menos que Medicare cubriera ese artículo o servicio aunque usted no fuera parte de un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio proporciona gratuitamente a usted o a cualquier otro participante.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan directamente en sus cuidados de la salud. Por ejemplo, si su condición de salud solamente requiere una tomografía computarizada, Medicare no pagará el costo de las tomografías mensuales que forman parte del estudio.

Más información sobre ensayos clínicos

La publicación **Medicare and Clinical Research Studies** del sitio web de Medicare (es.medicare.gov) cuenta con más información sobre la participación en ensayos clínicos. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6 Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece servicios de salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidados para una enfermedad que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si la obtención de cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, proporcionaremos cobertura para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Usted puede optar por obtener los cuidados de la salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio únicamente se proporciona a servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médicos provistos por instituciones de salud no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud

Para obtener cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal en el que declara que, en pleno uso de sus facultades mentales, se opone a un tratamiento médico no excluyente.

- El cuidado o tratamiento médico no excluyente es todo cuidado o tratamiento médico de carácter **voluntario** y **no obligatorio** en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico excluyente es un tipo de cuidado o tratamiento médico recibido que **no** es voluntario ni tampoco **es obligatorio** conforme a la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de este plan, el cuidado que obtiene de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de este plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado de la salud.
- Si recibe servicios de esta institución prestados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición de salud que le permita recibir servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado.
  - **Además** debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de ser admitido en el centro. De lo contrario, su estadía no será cubierta.

Usted tiene cobertura para un número de días ilimitado en el hospital, siempre y cuando su hospitalización cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se

describen en el apartado **cuidado para pacientes hospitalizados** en la **Tabla de Beneficios Médicos** del Capítulo 4.

Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado una cantidad determinada de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros afines, sillas de rueda, caminadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para personas diabéticas, dispositivos para generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por el proveedor para su uso en el hogar. Ciertos aparatos, por ejemplo, las prótesis, son siempre propiedad del miembro del plan. En esta Sección se explican otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilarse.

Con Medicare Original, los miembros que alquilan determinado tipo de equipo médico duradero pasan a ser los propietarios del equipo después de pagar los copagos por el producto durante un período de 13 meses. No obstante, como miembro de nuestro plan, por lo general usted no se convertirá en el dueño del equipo médico duradero alquilado, sin importar la cantidad de copagos que haga por el producto. En ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Para enterarse de los requisitos y la documentación que debe presentar, llame a Servicio al Cliente (el número aparece en la portada posterior de esta guía).

¿Qué sucede con los pagos que usted hizo por concepto del equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no era dueño del equipo médico duradero durante su membresía en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el producto durante el tiempo que permanezca en Medicare Original. Así es como usted pasará a ser propietario del producto. Los pagos que haya hecho mientras era miembro de nuestro plan no se contabilizan a cuenta de estos 13 pagos consecutivos.

Si usted hizo menos de 13 pagos a cuenta del equipo médico duradero mientras estuvo en Medicare Original, antes de haberse inscrito en nuestro plan, estos pagos tampoco se contabilizan a cuenta de los 13 pagos consecutivos. A fin de ser el propietario del producto, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos una vez que regrese a Medicare. Al regresar a Medicare Original, esta regla no admite excepciones.

SECCIÓN 8 Reglas para Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento

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

Si usted califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras está inscrito en el plan, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno

- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente no necesita el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto a su propietario.

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

Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en nuestro plan.

Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es 20% de coseguro.

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

Si usted regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, el cual se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó el alquiler del equipo de oxígeno por 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, se inscribe en nuestro plan por 12 meses, y luego regresa a Medicare Original, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en nuestro plan y luego regresa a Medicare Original, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

Capítulo 4
Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

Sección 1 Cómo determinar los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos..... 2
Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos..... 2
Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B de Medicare que están cubiertos?. 2
Sección 1.3 El plan no permite que los proveedores de la red le "facturen el saldo" directamente a usted..... 3

Sección 2 La Tabla de Beneficios Médicos indica qué servicios cubre el plan y qué cantidad pagará usted..... 3
Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro del plan..... 3
Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que usted puede comprar..... 96

Sección 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 116
Sección 3.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)..... 117

Sección 1 Cómo determinar los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos

En primer lugar, este Capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y en la cantidad que usted paga por los beneficios médicos que recibe. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos con una lista de los servicios cubiertos y el costo que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro del plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS). En segundo lugar, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Por último, explica los límites de algunos servicios.

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

Para entender la información sobre pagos que le mostramos en este Capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos.

- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga un copago en el momento que obtiene ese servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Al momento de recibirlo usted paga un coseguro. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no deberían pagar nunca deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar a su proveedor el comprobante de que cumple los requisitos de Medicaid o del programa Beneficiario Calificado por Medicare (QMB), si corresponde. Si cree que se le está haciendo una petición de pago incorrecta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B de Medicare que están cubiertos?

Este plan tiene un límite respecto a la cantidad que debe pagar como gastos de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- La **cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red** es de $2,600. Esta es la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que haya recibido de proveedores dentro de la red. Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos que haya recibido de proveedores dentro de la red se contabilizan para la cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red. (Las cantidades que usted paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y por los servicios que haya recibido de proveedores fuera de la red no se contabilizan para la cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la

red. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios tampoco se contabilizan para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios se indican con un asterisco(*) en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted ya ha pagado $2,600 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B proporcionados por proveedores de la red, no tendrá que pagar gastos de su bolsillo por el resto del año si acude a proveedores de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o alguien más se encargue de pagarla).

Sección 1.3 El plan no permite que los proveedores de la red le "facturen el saldo" directamente a usted

Como miembro de Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS), una protección importante para usted es que solamente debe pagar el costo compartido que le corresponde cuando utiliza proveedores de la red para recibir servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores de la red le cobren mediante "facturación del saldo". Incluso si pagamos una cantidad menor a lo que el proveedor cobra por un servicio, el proveedor de la red no puede facturarle el saldo resultante. El proveedor de la red únicamente puede cobrarle el costo compartido que establece el plan y no puede cobrarle ni facturarle una cantidad mayor por los servicios cubiertos.

En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturar directamente a usted el saldo resultante por los servicios cubiertos. Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no acepta asignaciones de Medicare, usted será responsable del costo compartido que establece el plan, además de la diferencia entre la cantidad que pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare. Estos servicios se indican con un signo más (+) en la Tabla de Beneficios Médicos.

Sección 2 La Tabla de Beneficios Médicos indica qué servicios cubre el plan y qué cantidad pagará usted

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) y lo que usted tiene que pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en la **Tabla de Beneficios Médicos** tienen cobertura únicamente cuando se satisfacen los siguientes requisitos:

- Los servicios que tienen cobertura de Medicare deben proveerse de acuerdo con las normas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (lo que incluye cuidado médico además de servicios, suministros y equipos médicos) **deben** ser médicamente necesarios. La frase "médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica y que cumplen con los criterios aceptados por la profesión médica.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario que proporciona y supervisa su atención

médica.

- Algunos de los servicios dentro de la red indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación previa (también conocida como "preautorización") de parte nuestra.
  - Los servicios cubiertos que posiblemente requieren preautorización a fin de que sean cubiertos como servicios dentro de la red aparecen en letra cursiva en la Tabla de Beneficios Médicos.
  - Los proveedores dentro de la red han acordado, según contrato, obtener una preautorización de parte del plan y aceptan no facturar el saldo directamente a usted.
  - Nunca necesitará una preautorización para obtener servicios fuera de la red de parte de proveedores que no son parte de la red.
  - Aunque no necesita una preautorización para servicios fuera de la red, usted o su médico puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Si se trata de beneficios cuyo costo compartido es un coseguro (un porcentaje), la cantidad que usted paga dependerá de qué proveedor recibe los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el valor del reembolso de parte del plan (según lo acordado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el Cargo Permitido por Medicare, además de la diferencia entre el Cargo Permitido por Medicare y el Cargo Límite de Medicare Original.
- Al igual que todos los planes de salud Medicare, este plan cubre los mismos servicios que Medicare Original. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga una cantidad **mayor** en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros beneficios, usted paga una cantidad menor. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual Medicare y Usted **2021.** El manual está disponible en Internet en es.medicare.gov. Si lo prefiere, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si se trata de servicios preventivos cubiertos sin costo alguno en Medicare Original, igualmente cubrimos estos servicios sin costo alguno para usted si usa un proveedor dentro de la red. Sin embargo, si durante la visita en que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o se monitorea su estado de salud debido a una condición médica existente, se aplicará un copago al cuidado recibido por la condición médica existente. La **Tabla de Beneficios Médicos** contiene información sobre la parte de los costos que le corresponde si recibe estos servicios **fuera de la red**.

- A veces, en el transcurso del año, Medicare añade a Medicare Original cobertura para nuevos servicios. Si Medicare añade cobertura para cualquier otro servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

La manzana indica servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Médicamente necesario: significa servicios de cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección que cumplen, todos ellos, con los siguientes criterios, tal y como han sido determinados por nosotros mismos o nuestros designados y a nuestra discreción:

- Los **estándares generalmente aceptados de la práctica médica**.
- Son los más apropiados, en función del tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y se consideran efectivos para tratar la enfermedad, lesión o afección que usted padece.
- No son, principalmente, para conveniencia suya ni la de su médico ni la de ningún otro proveedor de cuidado de la salud.
- Cumplen sin exceder las necesidades médicas suyas, y deben ser, por lo menos, tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada disponible, que se proporcione de la manera más eficiente en cuanto al costo y sin descartar la seguridad y eficacia del mismo.

Los **estándares generalmente aceptados de la práctica médica** se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por un grupo de expertos de la profesión reconocidos por la comunidad médica pertinente, que a su vez se basan principalmente en ensayos clínicos controlados, o, de no haber estudios disponibles, en estudios de observación de una o más instituciones que sugieren una relación entre el servicio o tratamiento y los resultados médicos esperados.

Si no hay disponible evidencia científica creíble, entonces los estándares se basarán en recomendaciones de la sociedad de la especialidad médica o de profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de un experto para determinar si los servicios de cuidado de la salud son médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación de la especialidad médica, la selección de un experto y la determinación sobre cuándo utilizar la opinión de un experto, se realizará a discreción nuestra.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Es posible que los proveedores cobren más de un solo costo compartido si recibe más de un servicio en una misma cita. Por ejemplo: • El médico le cobrará un copago por la visita al consultorio y copagos adicionales por cada radiografía tomada durante la visita. • Es posible que el hospital le cobre costos compartidos adicionales por ciertos servicios médicos que reciba como paciente ambulatorio ; por ejemplo, entre otros servicios, los exámenes radiológicos que se le hagan a los medicamentos de la parte B de Medicare que se le administren mientras se encuentre allí. • El farmacéutico cobrará un copago aparte por cada receta médica que surta. • El costo compartido específico dependerá de los servicios que usted reciba. La Tabla de Beneficios Médicos a continuación indica el costo compartido que corresponde a cada servicio específico.		
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía que se realiza una sola vez (una vez en la vida), con fines de detección, en personas con factores de riesgo. El plan cubre este examen de detección solo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.	30% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Persistente por 12 semanas o más; • no específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Ocho sesiones adicionales estarán cubiertas para aquellos pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si empeora.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.+
Servicios de Ambulancia • Los servicios de ambulancia que tienen cobertura incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro	\$160 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. \$160 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado, pero solo si estos servicios los autoriza el plan o se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona. • El transporte en ambulancia en casos que no son de emergencia es apropiado si se documenta que la condición de la persona es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia*.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Examen médico de rutina anual Incluye un examen médico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. No es necesario programar las visitas del examen médico de rutina anual con una separación de 12 meses entre sí, pero el límite es de una visita por cada año calendario. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.	30% de coseguro por un examen médico de rutina cada año.*
Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para formular o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo.Esto se cubre una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.	30% de coseguro por la visita de bienestar anual. +

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual tiene que realizarse al menos 12 meses después de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, si ha tenido la Parte B por 12 meses, no es necesario tener una visita “Bienvenido a Medicare” para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.		
Medición de masa ósea Las personas que califican (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, además de la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.	30% de coseguro por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Examen de Detección de Cáncer de Seno (Mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal, de referencia, para mujeres entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.	30% de coseguro por las mamografías cubiertas.+
Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Los programas integrales de servicios para la rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y que cuentan con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos para la rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si fuera pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para comer sano.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.	30% de coseguro por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.+
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada cinco años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.	30% de coseguro para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses • Tiene cobertura para pruebas de Papanicolau cada 12 meses si tiene un alto riesgo de padecer de cáncer de la vagina o del cuello uterino o si está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal en los últimos 3 años • Para mujeres que no muestran síntomas de cáncer entre los 30 y 65 años de edad: Prueba de detección de HPV una vez cada 5 años, cuando se realiza junto con la prueba de Papanicolaou	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos que están cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por los exámenes preventivos de Papanicolau y pélvicos que están cubiertos por Medicare.+
Servicios Quiroprácticos Entre los servicios cubiertos se incluye: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición).	$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite*	50% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.	*obtener una preautorización*.	
Examen de detección de cáncer colorrectal Los servicios siguientes tienen cobertura para personas de 50 años y mayores: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario, como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal por el método Guaiac (gFOBT) • Análisis inmunoquímico de materia fecal (FIT) Examen de detección de cáncer colorrectal mediante ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia (o enema de bario, como alternativa) cada 24 meses Para personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.	30% de coseguro para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.+ 30% de coseguro por cada enema de bario cubierto por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no durante el lapso de 48 meses después de una sigmoidoscopia		
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (por ejemplo, limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no tienen cobertura de Medicare Original. Lo que cubrimos: **Beneficios dentales adicionales** Puede obtener más información sobre este beneficio consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.EricksonAdvantage.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Usted tiene cobertura para beneficios dentales adicionales. Para obtener más información, consulte la descripción de los beneficios dentales adicionales al final de esta tabla.* *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	
Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación por año para el diagnóstico de la depresión. La evaluación debe hacerse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para evaluación de depresión.	30% de coseguro por una visita anual para evaluación de depresión. +

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Pruebas de Detección de la Diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de un alto nivel de glucosa en la sangre (glucemia). Es posible que estas pruebas también tengan cobertura si usted cumple otros requisitos, como por ejemplo, tener exceso de peso o un historial familiar de diabetes. Según sean sus resultados de estas pruebas, es posible que cumpla los requisitos para tener dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.	30% de coseguro por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.+
Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes Para todas las personas que padecen de diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Entre los servicios cubiertos se incluye:		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Suministros para vigilar el nivel de glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa, lancetas y disparadores de lancetas, y soluciones para la medición de la glucosa a fin de comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa.	20% de coseguro por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. 20% de coseguro por cada medidor continuo de glucosa y sus suministros que esté cubierto por Medicare, de acuerdo con las pautas de Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	30% de coseguro por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. 30% de coseguro por cada medidor continuo de glucosa y sus suministros que esté cubierto por Medicare, de acuerdo con las pautas de Medicare. Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6 (**Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**).

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6 **(Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D)**.	
• Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	20% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	30% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. Limitada a 20 visitas de 30 minutos por año, lo que equivale a un máximo de 10 horas en el primer año. La capacitación de seguimiento en los años subsiguientes está limitada a 4 visitas de 30 minutos, lo que	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
equivale a un máximo de 2 horas por año.		
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de esta guía). Entre los artículos cubiertos se incluye: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o fabricante específicos, pídale si haría un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada se encuentra en nuestro sitio web: www.EricksonAdvantage.com.	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.
Cuidado de Emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:	$75 de copago por cada visita a la sala de emergencias.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red.	Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital por la misma condición en un plazo no mayor de 24 horas. Si se le admite a un hospital, usted pagará los costos compartidos que se indican en la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
Cobertura mundial de servicios prestados en departamentos de emergencias. □ Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de la	$0 de copago por cobertura mundial de servicios para emergencias. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe cambiarse a un hospital	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. □ El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. □ Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. □ Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	dentro de la red para poder pagar el costo compartido que corresponde dentro de la red por su estadía después de la estabilización. Si permanece en el hospital fuera de la red, su estadía tendrá cobertura pero usted pagará el costo compartido que corresponde fuera de la red por su estadía después de la estabilización.	
Programa de prevención de caídas Los miembros pueden asistir a sesiones grupales que promueven un comportamiento saludable y seguridad en el hogar con el objetivo de prevenir caídas y lesiones. Las sesiones incluyen ejercicios para aumentar la fuerza muscular, diseñados para mejorar el equilibrio y reducir el riesgo de caídas. Durante las sesiones, instructores certificados en la prevención de caídas proporcionan información e instrucciones para adquirir más destreza, además de orientación e interacción individualizadas.	$0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red)

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Programa de Acondicionamiento físico Este beneficio le ofrece acceso al programa Renew Active™, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare. El programa Renew Active incluye: • Una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de una extensa red nacional de centros de acondicionamiento físico. • Un plan de acondicionamiento físico personalizado además de acceso a clases en grupo. Si usted prefiere hacer ejercicios en su domicilio, puede acceder a Fitbit Premium™, que incluye miles de videos de ejercicio. • Un programa para la agudeza mental por Internet proporcionado por AARP® Staying Sharp, que incluye contenido exclusivo para los miembros del programa Renew Active. • Manténgase socialmente activo participando en clases y eventos locales de salud y bienestar, así como a través de la Fitbit® Community en Internet para Renew Active. No es necesario tener un dispositivo Fitbit.	Proporcionado por: Renew Active™ $0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red).

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio que realice su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico, están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios si las presta un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare.+
Exámenes de audición de rutina adicionales: • Limitado a 1 examen (o exámenes) cada año. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. **Aparatos auditivos**: Elija de una amplia selección de aparatos auditivos de marca, o la marca exclusiva de UnitedHealthcare Hearing RelateTM, con programación personalizada a su pérdida de audición, en los niveles de copago/ tecnología indicados. Los aparatos auditivos se pueden adaptar en persona o se pueden entregar directamente a su domicilio con acceso a apoyo virtual (solamente productos selectos).	**Examen de audición:** $0 de copago **Aparatos auditivos**: Proporcionado por: UnitedHealthcare Hearing $375 de copago por cada aparato auditivo retroauricular del nivel Básico de RelateTM, entregado a su domicilio (que no sean modelos de molde para el oído).* Se aplican cargos adicionales por las	**Examen de audición:** 30% de coseguro **Aparatos auditivos**: Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing. Usted es responsable de todos los costos de los aparatos auditivos que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada 2 años. Los accesorios para aparatos auditivos no están cubiertos por el plan, pero están disponibles a la venta para los miembros por un costo adicional. Para acceder al beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 855-523-9355, TTY 711 o visite UHCHearing.com/Medicare.	visitas de seguimiento opcionales. $575 de copago por cada aparato auditivo del nivel Reserva de RelateTM.* $625 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Básico.* $825 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Esencial.* $1,075 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Estándar.* $1,625 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Avanzado.* $2,075 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Superior.* * Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.	
Prueba de detección del VIH En el caso de personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un factor alto de riesgo de infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Si se trata de mujeres que están embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.	30% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.+
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de recibir servicios para el cuidado de la salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que se los proporcione una agencia de cuidado de la salud a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Entre los servicios cubiertos se incluye:	$0 de copago por todas las visitas de cuidado de la salud a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia médica a domicilio que sea parte de la red, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare. Es posible que se apliquen otros copagos o coseguros (los copagos o coseguros	30% de coseguro por todas las visitas de cuidado de la salud a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia médica a domicilio, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare. Es posible que se apliquen otros copagos o coseguros (los

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Servicios intermitentes, o de tiempo parcial, de enfermería especializada o de un auxiliar de asistencia médica a domicilio (para tener cobertura mediante el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y del auxiliar de asistencia médica a domicilio deben sumar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	aplicables se encuentran en Equipo médico duradero y suministros relacionados). *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	copagos o coseguros aplicables se encuentran en Equipo médico duradero y suministros relacionados).
Terapia de Infusión a Domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o de productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, los servicios de un médico especialista o Asistencia Médica a Domicilio (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o "Cuidado de una Agencia de Asistencia	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, los servicios de un médico especialista o Asistencia Médica a Domicilio (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o "Cuidado de una Agencia de Asistencia

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: □ Los servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado □ La capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertos mediante el beneficio de equipo médico duradero □ Monitoreo remoto □ Los servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y los medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	Médica a Domicilio") según el lugar donde usted recibió la administración o los servicios de monitoreo. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Consulte "Equipo Médico Duradero" anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	Médica a Domicilio") según el lugar donde usted recibió la administración o los servicios de monitoreo.+ Consulte "Equipo Médico Duradero" anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare" más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare" más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio.
Cuidados paliativos Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico certificando que padece una condición terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de fase terminal los paga Medicare Original, y no Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS).	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
curso normal. Su médico a cargo de los cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Entre los servicios cubiertos se incluye: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio **Si se trata de servicios de cuidados paliativos y de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico de fase terminal:** Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de fase terminal. Mientras usted sea parte de un programa de cuidados paliativos, su proveedor de servicios de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original. **Si se trata de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal:** Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
están relacionados con su pronóstico de fase terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan: • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor de la red, usted solo paga el costo compartido que indica el plan para servicios dentro de la red. • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido que indica el plan para servicios fuera de la red Si se trata de servicios cubiertos por Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) continuará cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico de fase terminal. Usted paga el costo compartido que indica el plan para estos servicios.		

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (**¿Qué sucede si usted está inscrito en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare?**). **Nota:** Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios. Recibir cuidados que no son paliativos a través de nuestros proveedores de la red reducirá su parte de los costos por dichos servicios. Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (una vez solamente) para una persona enferma en fase terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.		
Vacunas	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas antigripales,	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas antigripales,

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se incluye: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene factores de riesgo alto o moderado de contraer la hepatitis B • Otras vacunas, si tiene factores de riesgo y estos cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido correspondiente.	contra la pulmonía y la hepatitis B. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.	contra la pulmonía y la hepatitis B.+ No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios de apoyo a domicilio Los miembros tienen acceso a 20 horas de asistencia con el cuidado de la salud (cuidados de relevo), a domicilio, después de ser dado de alta de una estadía como paciente hospitalizado (en un hospital o en un centro de enfermería especializada). Las 20 horas de cuidado se pueden distribuir en intervalos de 1 hora hasta alcanzar el máximo de las 20 horas cubiertas. Las 20 horas deben usarse en un plazo no mayor de 2 semanas después de la fecha de alta. Las horas sin usar no son transferibles.	$0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red)
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Después de que su estado de emergencia ha sido estabilizado, si usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente	30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). En el caso de cuidado hospitalario

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Entre los servicios cubiertos se incluye: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Alimentos, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería normales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, de cuidados intensivos o cuidado coronario) • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos (sillas de ruedas, por ejemplo • Costos del quirófano y la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, renal-pancreático, de corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula troncal e intestinal/ multivisceral. El plan cuenta con una red de centros donde se	hospitalizado en un hospital fuera de la red, su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). En el caso de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a otro tipo de centro (por ejemplo, un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. En cada estadía en un hospital como paciente	para pacientes hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a otro tipo de centro (por ejemplo, un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. En cada estadía en un hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número de días ilimitado, siempre y cuando la estadía esté cubierta según las reglas del plan.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan para servicios de trasplante de órganos es distinta de la red que aparece en la sección “Hospitales” de su Directorio de Proveedores. Algunos hospitales de la red del plan que ofrecen otros servicios médicos no aparecen en la red del plan para servicios de trasplante. Para obtener información acerca de los centros de la red que ofrecen servicios de trasplante, llame a Servicio al Cliente de Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) al 1-866-314-8188 TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera de su área de servicio. Si los servicios de trasplantes que están en nuestra red no son parte de los servicios de cuidado de la salud en su comunidad, puede elegir proveedores de trasplantes locales siempre y cuando éstos acepten la tarifa de Medicare Original. Si el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs	hospitalizado, usted tiene cobertura por un número de días ilimitado, siempre y cuando la estadía esté cubierta según las reglas del plan.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
(HMO-POS) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decidió recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Mientras recibe cuidados en un lugar distante, también le reembolsaremos los gastos de transporte hacia y desde el hospital o el consultorio médico para recibir evaluaciones, servicios de trasplantes y cuidado de seguimiento. (El transporte en un lugar distante incluye, entre otros: kilometraje del vehículo, tarifa aérea en clase turista o económica y costo de taxis o de vehículos compartidos). Es posible que también sean cubiertos los costos de alojamiento o de lugares de hospedaje (como hoteles, moteles, o de alojamiento a corto plazo) que son consecuencia de un trasplante de órgano que tiene cobertura. Puede recibir un reembolso de hasta un total de $125 por día por los gastos que cumplan los requisitos. Los servicios de transporte no están sujetos a la cantidad límite diaria.		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de un médico **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para que su admisión sea formalmente aceptada. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en **Cirugía para pacientes ambulatorios y en Otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.**	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en **Cirugía para pacientes ambulatorios y en Otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
llamar gratis a estos números 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados Entre los servicios cubiertos se incluye: • Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren estadía en el hospital. Hay un límite una vez en la vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios para la salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, hasta 90 días. Además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que sea admitido en el hospital,	30% de coseguro cada vez que usted es admitido, hasta 90 días. Además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que sea admitido en el hospital, incluso si lo admiten varias veces dentro de un mismo período de beneficios.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	incluso si lo admiten varias veces dentro de un mismo período de beneficios.	
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que fueron recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía en el hospital sin cobertura Si ha agotado sus beneficios de hospitalización, o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Entre los servicios cubiertos se incluye:	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:
• Servicios de un médico	Consulte, más abajo, **Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.**	Consulte, más abajo, **Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.**
• Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico**	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	**y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**
• Terapia con radiografías, radio e isótopos, incluso materiales y servicios técnicos	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**
• Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**	Consulte más abajo, **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**
• Aparatos de protésis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan, de manera total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso	Consulte más abajo, **Suministros para**	Consulte más abajo, **Suministros para**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
el tejido adyacente) o la funcionalidad de un órgano interno del cuerpo que, de manera permanente, no funciona o lo hace de manera inadecuada (incluye el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos)	**prótesis y suministros relacionados.**	**prótesis y suministros relacionados.**
• Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente	Consulte más abajo, **Suministros para prótesis y suministros relacionados**	Consulte más abajo, **Suministros para prótesis y suministros relacionados.**
• Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional	Consulte más abajo, **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.**	Consulte más abajo, **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.**
Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo indica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición	30% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Cubrimos tres horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica mediante Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original). Después del primer año, dos horas cada año. Si hay cambios en su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento si cuenta con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y debe renovar la orden anualmente si el tratamiento es necesario el próximo año calendario.	clínica cubiertos por Medicare.	
Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) estarán cubiertos en todos los planes de cuidado de salud de Medicare para los beneficiarios de Medicare que cumplan los requisitos. El MDPP es un programa estructurado para modificar comportamientos relacionados con la salud. Ofrece capacitación práctica para modificar hábitos alimenticios a largo plazo,	No hay coseguro, copago ni deducible por el programa MDPP.	30% de coseguro por el beneficio del Programa MDPP .+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
aumentar el nivel de actividad física y adoptar estrategias para resolver problemas y superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.		
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Estos medicamentos están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluye: • Medicamentos que generalmente no se los administra usted mismo y que le son inyectados o infundidos mientras usted recibe servicios de un médico, de hospitalización ambulatoria o de un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos autorizados por el plan que usted toma mediante equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió el trasplante de órgano	10% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Además, por la administración de ese medicamento, usted paga el costo compartido de los servicios del proveedor de cuidado primario/ especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión. Se indica en “Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios.	30% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Además, por la administración de ese medicamento, usted paga el costo compartido de los servicios del proveedor de cuidado primario/ especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión. Se indica en “Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluida en su domicilio, tiene una fractura de hueso que su médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede administrarse el medicamento usted misma • Antígenos (para inyecciones contra alergias) • Algunos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Algunos medicamentos para diálisis en casa; entre ellos, heparina, antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la producción de glóbulos rojos (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en caso de inmunodeficiencias primarias □ Medicamentos para quimioterapia y su administración El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluso las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. 10% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia cubierto por Medicare y por la administración de ese medicamento.	30% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia cubierto por Medicare y por la

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
receta tengan cobertura. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	administración de ese medicamento.
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico de cuidado primario o con un profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.	30% de coseguro para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos Los servicios de tratamiento para trastornos relacionados con el uso de opiáceos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Estos servicios están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Entre los servicios cubiertos se incluye: □ Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento agonista y antagonista de los opiáceos y el suministro y administración de tales medicamentos, si corresponde □ Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias □ Terapia individual y de grupo □ Pruebas de toxicología	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.
Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Radiografías	$15 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$20 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.+
• Radioterapia (con radioisótopos), incluso materiales y suministros del técnico	$30 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por la visita (por ejemplo, vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican.	20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.
• Pruebas de laboratorio	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Sangre, incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Además, por la administración de infusión de sangre, usted paga el costo compartido según se indica en las siguientes secciones de esta tabla. Este costo depende de dónde haya recibido los servicios de infusión: o Servicios de un Médico/ Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico o Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria	$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológicos	$0 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.+ Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías.	$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico. $50 de copago por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizado en un consultorio médico o en un centro autónomo (como en un centro de radiología o en una clínica médica). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye:	30% de coseguro por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizado en un consultorio médico o en un centro autónomo (como en un centro de radiología o en una clínica médica).+ Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo de radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye: tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).	resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios Los servicios de observación son los servicios hospitalarios que reciben los pacientes ambulatorios para determinar si necesitan ser admitidos como pacientes hospitalizados o si se les da de alta. Para que tengan cobertura los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados por órdenes de un médico o de otro profesional autorizado que posea la licencia requerida por las leyes del estado y cumpla con los estatutos administrativos del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota**: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere “paciente	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para pacientes ambulatorios y en Otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para pacientes ambulatorios y en Otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital.También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Entre los servicios cubiertos se incluye: • Servicios en un departamento de emergencias	Consulte **Cuidado de emergencia.**	Consulte **Cuidado de emergencia.**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**
• Cuidado de salud mental, incluso cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ellos, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado	Consulte **Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios.**	Consulte **Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios.**
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**
• Suministros médicos, por ejemplo férulas y yesos	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una "manzana".	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una “manzana”.
• Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo	Consulte **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.**	Consulte **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.**
• Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios	Consulte **Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.**	Consulte **Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.**
• Cirugía para pacientes ambulatorios o la estadía como paciente en observación	Consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	Consulte Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.
• Terapia de infusión para pacientes ambulatorios Si se trata de un medicamento aplicado mediante infusión, a usted le	Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o profesional, incluso	Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
corresponde pagar el costo compartido que se indica en "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare", en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de medicamentos para terapia de infusión, usted pagará el costo compartido correspondiente de los servicios del proveedor de cuidado primario/especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión. Se indica en "Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico" o en "Cirugía para pacientes ambulatorios y en otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria" en esta tabla de beneficios.	visitas al consultorio médico o Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	profesional, incluso visitas al consultorio médico o Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para pacientes ambulatorios y en otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en **Cirugía para pacientes ambulatorios y en otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	**para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.**
Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental con licencia estatal y aprobado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	$0 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare con una enfermera especialista del plan Erickson Health Medical Group. $30 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare con un proveedor que no es del área psiquiátrica.	30% de coseguro por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.+ 30% de coseguro por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	\$0 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare con un proveedor que no es del área psiquiátrica. \$30 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare con un proveedor que es del área psiquiátrica. \$30 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare con un proveedor que es del área psiquiátrica. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes	\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	30% de coseguro por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.+ 30% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
ambulatorios; por ejemplo, el departamento de pacientes ambulatorios en un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios médicos, y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias Tratamiento y asesoramiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	$30 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare. $30 de copago por cada sesión de terapia **de grupo** cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.+ 30% de coseguro por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare.+
Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria	$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria. $50 de copago por una cirugía u otros servicios	30% de coseguro por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted tenga en un centro de cirugía ambulatoria, lo

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Nota: Si se le va a realizar una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo a su médico o al personal del hospital. Si recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, es posible que exista un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos, entre los que se incluyen pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, dispositivos ortóticos, suministros o medicamento de la Parte B. Para saber los costos compartidos específicos que debe pagar, consulte en esta tabla la sección correspondiente a los servicios o artículos adicionales que haya recibido.	cubiertos por Medicare que usted tenga en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. $0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios. $50 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que	que incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.+ 30% de coseguro por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el centro, y los cargos del médico o quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que pueden prestarse en un centro de cirugía ambulatoria disponible deben ser prestados en un centro de cirugía ambulatoria a menos que sea médicamente necesario prestarlos en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. $50 de copago por cada día de servicios de	centro, y los cargos del médico o quirúrgicos.+ 30% de coseguro por cada día de servicios de

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	observación cubiertos por Medicare, que usted tenga en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	observación cubiertos por Medicare, que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital, u otros cargos relacionados con el centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o es proporcionado por un centro de salud mental comunitario. El programa es de mayor intensidad que los cuidados recibidos en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.	$30 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro cada día por los beneficios cubiertos por Medicare.+
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Entre los servicios cubiertos se incluye: • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son prestados en el consultorio de un médico	$0 de copago por los servicios recibidos de un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud	30% de coseguro por los servicios de un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario de parte de una enfermera especialista, o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	que no son médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).	(según lo permitan las reglas de Medicare).+
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital	Consulte "**Cirugía para pacientes ambulatorios"** en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.	Consulte "**Cirugía para pacientes ambulatorios"** en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista	$20 de copago por los servicios de un especialista o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permitan las reglas de Medicare). Usted paga estas cantidades hasta que	30% de coseguro por los servicios de un especialista o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento médico	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare.+
• Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del especialista (según se indica anteriormente en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” que se encuentra más arriba).+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. □ Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral. □ Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: o Usted no es un paciente nuevo y o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y o La evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible □ Evaluación de video o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: o Usted no es un paciente nuevo y o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y o La evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de cuidado primario o de los servicios del médico especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” que se encuentra más arriba). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	Usted pagará el costo compartido de los servicios de cuidado primario o de los servicios del médico especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” que se encuentra más arriba).+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
□ Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet, o viendo sus registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo		
• Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, la extracción de dientes en la preparación de la mandíbula para tratar con radiación una enfermedad cancerosa neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). Los servicios dentales prestados por un dentista y relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes dentales, la extracción o el reemplazo de dientes, o de las estructuras que apoyan directamente los dientes, no son beneficios cubiertos por Medicare y no tienen cobertura mediante este beneficio.	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.+
• Servicios de monitoreo, en un consultorio médico o centro hospitalario para pacientes ambulatorios, si está tomando	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor de cuidado	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
anticoagulantes, por ejemplo Coumadina, Heparina o Warfarina (a estos servicios también se les llama servicios de la 'Clínica de Coumadin')	primario o del especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde reciba los servicios y se indica en "**Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico"** o en "**Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios"** en esta tabla de beneficios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	cuidado primario, de los servicios de un especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde reciba los servicios y se indica en "Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico" o en "Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios" en esta tabla de beneficios.+
□ Ciertos servicios de telesalud, incluso:		
○ Servicios cubiertos que se incluyen en las visitas virtuales médicas: □ Proveedor de Cuidado Primario	$0 de copago El proveedor dentro de la red debe usarse para este beneficio fuera de la red.	Sin cobertura (fuera de la red)

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
□ Servicios Requeridos de Urgencia o Las visitas de telesalud o las visitas virtuales médicas son visitas médicas que no ocurren en un centro médico sino a través de proveedores de la red que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. o No todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. □ Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o a través del servicio de telesalud. Si usted elige recibir uno de estos servicios mediante el servicio de telesalud, debe utilizar un proveedor que sea parte de la red y que actualmente ofrezca dicho servicio.		
Servicios de Podiatría Entre los servicios cubiertos se incluye: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare, en un consultorio o a domicilio.	30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare, en un consultorio o a domicilio.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
ejemplo, dedos de martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan sus extremidades inferiores.	Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios (una cirugía, por ejemplo), consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios (una cirugía, por ejemplo), consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.
Cuidado de los pies de rutina adicional El tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, corte o extirpación de callos, verrugas, callosidades y uñas. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 6 visitas cada año.	30% de coseguro por cada visita de rutina, hasta 6 visitas cada año.
Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata Para hombres a partir de los 50 años; entre los servicios cubiertos se	No hay coseguro, copago ni deducible por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.	30% de coseguro por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA). Las pruebas de diagnóstico de antígeno prostático específico tienen el costo compartido indicado en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, en esta tabla.	30% de coseguro por una prueba anual de antígeno prostático específico.+
Prótesis y suministros relacionados Son los dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan de manera total o parcial una parte o una función del cuerpo. Estos dispositivos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía), que estén cubiertos por Medicare. Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y su reparación o	20% de coseguro por cada dispositivo protésico u ortopédico cubierto por Medicare; esto incluye el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, además de los suministros relacionados. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite*	30% de coseguro por cada dispositivo protésico u ortopédico cubierto por Medicare; esto incluye el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, además de los suministros relacionados.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
reemplazo. Incluye también alguna cobertura después de una extirpación o cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte "**Cuidado de la vista**" más adelante en esta sección.	*obtener una preautorización*.	
Servicios para la Rehabilitación Pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y que cuentan con una orden para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando su enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora al día, con un máximo de 36 sesiones de servicios para la rehabilitación pulmonar, una vez en la vida (en algunos casos hasta 72 sesiones una vez en la vida).	$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	30% de coseguro por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.+
Evaluación y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol para las personas adultas que tienen Medicare (incluso mujeres embarazadas) y que, aunque	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la evaluación y asesoramiento a fin de	30% de coseguro por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la evaluación y asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
enfrentan problemas de uso indebido de alcohol, no dependen del alcohol. Si su evaluación de uso indebido de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta cuatro breves sesiones personales de asesoramiento por año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) que son proporcionadas por un médico de cuidado primario o un profesional calificado y son realizadas en un centro de cuidado primario.	reducir el uso indebido del alcohol.	
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros que cumplen los requisitos son:** personas que tienen entre 55 y 77 años de edad, que no muestran señales ni síntomas de cáncer de pulmón pero que han fumado tabaco por un mínimo de 30 cajetillas-año, y que fuman actualmente o que han dejado de fumar hace menos de 15 años. Si reciben una indicación por escrito para que se les realice una tomografía	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja (LDCT).	30% de coseguro por la consulta de asesoría y toma de decisiones compartidas que tenga cobertura de Medicare o por la tomografía computarizada a dosis bajas (LDCT).+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para esas visitas y la indicación debe ser emitida por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. **Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis:** el miembro debe contar con una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación debe ser emitida en una visita adecuada por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. Si en una visita subsiguiente de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón, un médico (o un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado) opta por indicar una tomografía computarizada		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
de baja dosis, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.		
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las ordena, estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para personas que tienen un alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos, cada año, hasta dos sesiones personales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son prestadas por un proveedor de cuidado primario y se llevan a cabo en un centro de	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.	30% de coseguro por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
cuidado primario, como un consultorio médico.		
Servicios para tratar enfermedades renales Entre los servicios cubiertos se incluye: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar a los miembros cómo cuidar de sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Si se trata de miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, si cuentan con una referencia del médico, cubrimos, una vez en la vida, hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.+
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se indica en el Capítulo 3)	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite*	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
	obtener una preautorización.	
• Capacitación para realizarse usted mismo la diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	30% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.+
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado para recibir cuidados especiales)	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes: Consulte **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados.**	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes: Consulte **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados.**
• Equipos y suministros para realizar la diálisis en su domicilio	Consulte **Equipo médico duradero y suministros relacionados.**	Consulte **Equipo médico duradero y suministros relacionados.**
• Ciertos servicios de apoyo en su domicilio (por ejemplo, según sea necesario, visitas con especialistas en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en su propio domicilio, para ayudarle en casos de emergencia, y para revisar su	Consulte **Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio.**	Consulte Cuidado de una **agencia de asistencia médica a domicilio.**

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos mediante su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **"Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".**		
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de "cuidado en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de esta guía. A los centros de enfermería especializada también se les llama "SNF"). Entre los servicios cubiertos se incluye: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Alimentos, incluso las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje	$0 de copago cada día por el cuidado cubierto por Medicare en un centro de enfermería especializada, hasta 100 días. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare.	30% de coseguro por cada estadía cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada, hasta 100 días. Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día de su admisión, con cobertura

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, por ejemplo los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que proveen normalmente los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio que normalmente proveen los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proveen los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proveen los centros de enfermería especializada • Servicios de un médico/profesional No es necesaria una hospitalización previa de 3 días. Generalmente, usted recibe el cuidado de centros de enfermería	Un período de beneficios comienza el primer día de su admisión, con cobertura de Medicare, a un centro de enfermería especializada o a un hospital como paciente hospitalizado. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un período de beneficios, comienza entonces un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.	de Medicare, a un centro de enfermería especializada o a un hospital como paciente hospitalizado. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un período de beneficios, comienza entonces un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
especializada en centros dentro de la red. Sin embargo, en ciertos casos que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido que corresponde dentro de la red en un centro que no es parte de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan. • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo hasta justo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando proporcione cuidados similares a un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital.		
Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) Si usa tabaco, en un período de 12 meses cubrimos, como un servicio preventivo, dos asesoramientos para que trate de dejar el tabaco. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro visitas de persona a persona.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo.	30% de coseguro por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) La Terapia de Ejercicios Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) tiene cobertura para los miembros que presentan síntomas de arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) y que tienen una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe: □ Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos que sean parte de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para pacientes que padecen de arteriopatía periférica y presentan claudicación □ Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico □ Ser prestado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia	$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. +

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
de ejercicios para arteriopatía periférica □ Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica, debidamente capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital Si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario, es posible que la Terapia de Ejercicios Supervisada tenga cobertura más allá de 36 sesiones en un período de 12 semanas y se extienda a 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo más prolongado.		
Transporte de Rutina Hasta 24 viajes en una sola dirección tienen cobertura por cada año calendario (limitado únicamente a transporte terrestre). □ Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como consultorios médicos, centros médicos y farmacias que sean parte de la red. □ Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes.	$0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red)

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Servicios requeridos de urgencia Los servicios requeridos de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores dentro de la red, también por proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente. Entre los servicios cubiertos se incluyen los servicios requeridos de urgencia obtenidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia. Cobertura mundial de 'servicios requeridos de urgencia', cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, lesión o condición inesperada que no puede esperar hasta el regreso al área de servicio de nuestro plan. Los servicios proporcionados por un dentista no tienen cobertura.	\$30 de copago por cada visita. \$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios a nivel mundial. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
Cuidado de la Vista Entre los servicios cubiertos se incluye:		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
• Servicios médicos ambulatorios prestados por un oftalmólogo u optometrista para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos, incluso el diagnóstico y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad (cataratas). Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare.+
• En el caso de personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y personas de origen hispano de 65 años o más.	$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.	30% de coseguro por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.+
• Para las personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad de la vista, los exámenes de la vista para evaluar si existen enfermedades de la vista tienen cobertura según las pautas de Medicare. A quienes padecen de diabetes asintomática,	$0 de copago por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. *Es posible que su proveedor necesite*	30% de coseguro por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista.+

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
se les recomienda realizarse exámenes anuales con un oftalmólogo o con un optometrista. • Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	*obtener una preautorización*.	
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular (Medicare no cubre pares de anteojos o lentes de contacto adicionales). Si le realizan dos cirugías de cataratas, no puede reservar el beneficio que corresponde a la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos que tienen cobertura después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar, según lo definido por Medicare; las versiones mejoradas no están cubiertas (incluso, entre otros, marcos de lujo, lentes de colores, lentes progresivos o el recubrimiento antirreflejante).	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.+

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Examen de la Vista de Rutina Adicional: Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. • Limitado a 1 examen de la vista de rutina cada año **Opciones Adicionales de Artículos para la Vista de Rutina:** Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. • Lentes y marcos estándar, limitado a 1 par de lentes y marcos cada 2 años o bien • Lentes de contacto, en lugar de lentes y marcos, cada 2 años Los lentes estándar que tienen cobertura total incluyen los lentes monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares y lentes progresivos estándar. Las opciones de lentes adicionales, que incluyen, entre otros, lentes progresivos Deluxe, Premium o Platinum, bifocales sin línea, lentes de índice alto, lentes de colores, revestimiento antirayaduras, lentes ultravioleta (UV) o recubrimiento	**Examen de la Vista de Rutina Adicional:** Proporcionado por: UnitedHealthcare Vision® o por proveedores de la red del plan $0 de copago **Opciones Adicionales de Artículos para la Vista de Rutina:** Proporcionado por: UnitedHealthcare Vision® $0 de copago. Reciba una asignación de $100 para la compra de marcos; los lentes estándar están totalmente cubiertos o $0 de copago por hasta 8 cajas de lentes de contacto de una lista selecta (incluye lentes, ajuste y evaluación) o $0 de copago. Reciba una asignación de $100 para la compra de otros	**Examen de la Vista de Rutina Adicional:** 30% de coseguro. Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red. **Opciones Adicionales de Artículos para la Vista de Rutina:** $0 de copago; el plan paga una asignación de hasta $100 para artículos para la vista que están cubiertos. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país solo a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
antirreflectante y lentes de policarbonato, no tienen cobertura. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener una lista de opciones adicionales que puede comprar para los lentes de sus anteojos o para obtener una lista de lentes de contacto selectos. Una vez que el Plan paga los beneficios de anteojos (lentes y marcos) o de lentes de contacto, usted es responsable del costo. Es posible que su beneficio no se pueda combinar con ninguna otra oferta promocional de una tienda, tales como un cupón o ventas de 2 por 1. Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en www.EricksonAdvantage.com, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	lentes de contacto (es posible que exista un costo adicional por el ajuste y la evaluación)	
Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” que sucede solo una vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como información educativa y	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No hay coseguro, copago ni deducible por	30% de coseguro por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.+ 30% de coseguro por un electrocardiograma cubierto por Medicare,

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), además de referencias para otros cuidados, si acaso los necesita. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas, pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas de diagnóstico. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a los exámenes de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva "**Bienvenido a Medicare"** solamente si se realiza dentro de los primeros 12 meses de vigencia de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su visita preventiva "**Bienvenido a Medicare"**.	un electrocardiograma cubierto por Medicare, uno solo, si es indicado como resultado de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Si son necesarios otros electrocardiogramas, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	uno solo, si es indicado como resultado de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".+ Si son necesarios otros electrocardiogramas, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
+ Si recibe servicios que tienen cobertura de un médico o proveedor fuera de la red que no acepta asignaciones de Medicare, usted será responsable del costo compartido indicado anteriormente, además de la diferencia entre la cantidad que pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare. Si obtiene equipos médicos duraderos de un proveedor fuera de la red que no acepta asignaciones de Medicare, el plan pagará la parte que le corresponde según la cantidad facturada y usted será responsable del costo compartido indicado anteriormente		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar** cuando obtiene servicios fuera de la red
Puede obtener cuidado de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, dicho proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. No podemos pagar a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare. En tal caso, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Antes de recibir servicios, pregunte a su proveedor para asegurarse de que participa en Medicare.		
* Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.		

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos:

- Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos o de rutina. Su Beneficio Dental Complementario de UnitedHealthcare proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen en detalle a continuación.
- Los servicios que no aparecen en la lista NO están cubiertos.
- **Para los servicios obtenidos Fuera de la Red el plan paga solamente hasta cierta cantidad. Si decide consultar a un dentista Fuera de la Red, es posible que le cobre a usted la cantidad que sobrepasa lo que paga el plan.**
- Por lo general, un proveedor fuera de la red presenta un reclamo en nombre de usted. Si el proveedor fuera de la red que utilizó no presenta un reclamo en nombre de usted y usted ha pagado los servicios que recibió de este proveedor, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de UnitedHealthcare para obtener información sobre cómo presentar su solicitud de reembolso.
- Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a todos los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que se aplican dentro de la red.
- Para recibir ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en www.EricksonAdvantage.com. Si lo prefiere, puede llamar al 1-866-314-8188 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental.
- Si tiene alguna otra pregunta o desea más información, llame al 1-866-314-8188, TTY 711, o visite www.EricksonAdvantage.com

Códigos de la American Dental Association (ADA): Los procedimientos dentales cubiertos se indican con estos códigos, que usan los dentistas para presentar reclamos	**Descripción del Procedimiento Dental:** Descripción fácil de interpretar del código de procedimiento dental	**Frecuencia:** Con qué frecuencia UnitedHealthcare pagará el procedimiento dental	**Criterios y Exclusiones:** Condiciones según las cuales UnitedHealthcare pagará este procedimiento y situaciones en las que UnitedHealthcare NO pagará el procedimiento	**Copago** *Si elige consultar a un dentista Fuera de la Red, es posible que las facturas muestren cargos superiores a lo que paga el plan, incluso por servicios para los

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

dentales. Las categorías ofrecen una referencia fácil.				que se indica un copago de $0
Exámenes				
D0120	Examen periódico de rutina realizado durante la revisión	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre exámenes bucales periódicos, limitados e integrales, además de detallados/ extensos. No cubre exámenes periodontales aparte de los exámenes periódicos, limitados o integrales. Se cubre solamente un código de examen por cada cita.	$0*
D0150	Examen integral (para paciente nuevo, o paciente establecido, después de 3 años o más sin que haya habido un tratamiento dental)	Un procedimiento cada tres años del plan		$0*
Radiografías				
D0210	Radiografías panorámicas/de la boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre una serie completa de radiografías intrabucales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	Un procedimiento por cada año del plan	No tienen cobertura el mismo año en que se realicen radiografías de la boca completa (D0210).	$0*
D0330	Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre radiografías panorámicas. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*
Limpiezas				
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la profilaxis de adultos. No tiene cobertura el mismo día en que se realicen D4910 o D4355.	$0*
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene un historial documentado de enfermedad de las encías	Tres procedimientos por cada año del plan	Cubre el mantenimiento periodontal. Tiene cobertura solo con historial de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o	$0*

			cirugía periodontal.	
Otros Servicios Preventivos				
D1206, D1208	Fluoruro	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la aplicación tópica de fluoruro (con o sin barniz).	$0*
D1310	Asesoramiento nutricional	Un procedimiento por cada año del plan	Cubre el asesoramiento sobre hábitos alimenticios como parte del tratamiento y control de la enfermedad de encías o caries.	$0*
D1354	Aplicación de medicamento en un diente para detener o impedir la formación de caries	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la aplicación de medicamentos que detienen la caries temporalmente, por cada diente en un diente cariado no sintomático.	$0*

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no son necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un entorno dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad dental, lesión o anomalía dental congénita.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la American Dental Association en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos del plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de término de la póliza individual; se incluyen también los servicios dentales para las condiciones dentales que surgieron antes de la fecha de término de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es miembro de la familia de la persona cubierta. Esto incluye cónyuge, hermano, hermana, padre, madre, hijo o hija.
13. Cargos por no acudir a una cita programada sin notificar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
14. Los servicios que no aparecen en la lista anterior no están cubiertos.

Exención de Responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association (ADA) publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden ser modificados durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original ni se incluyen en el paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y posiblemente tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta Sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Cómo añadir beneficios complementarios opcionales a su plan

Para que pueda comprar la Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, tiene que estar inscrito en el plan. Comprar una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales es completamente opcional. Puede comprar la cláusula adicional al momento de inscribirse en su plan o dentro de los 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan.

Cómo inscribirse en un plan de beneficios complementarios opcionales

Para inscribirse en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra impreso en la portada. Generalmente, las solicitudes completadas para elegir una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, recibidas a más tardar el último día del mes, entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Cómo darse de baja de un plan de beneficios complementarios opcionales

Si desea darse de baja de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, puede llamar al Servicio al Cliente al teléfono que se encuentra impreso en la portada.

Las solicitudes para darse de baja del plan de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales que se reciban a más tardar el último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros serán responsables de pagar la prima de la Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales del mes siguiente si la solicitud para darse de baja se recibió después del último día del mes en curso. Si se da de baja de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales no tendrá como resultado su baja del plan de salud.

El hecho de que usted no pague las primas de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales no tendrá como resultado que se le dé de baja del plan de salud, solamente perderá su inscripción en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales y únicamente estará inscrito en un plan de beneficios básicos.

Si está recibiendo algún tratamiento dental al momento de darse de baja de la Cláusula adicional, su consultorio dental completará el procedimiento. Si cancelamos el contrato con su consultorio dental, o si este cancela el contrato con nosotros, será nuestra responsabilidad garantizar que usted reciba los beneficios dentales en otro consultorio.

Reembolso de la prima

Los miembros inscritos en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales pagan una prima mensual y tienen el derecho a que se les reembolse el sobrepago de las primas hecho durante el transcurso del año o al momento de darse de baja. El sobrepago de las primas del plan de beneficios complementarios opcionales será reembolsado según sea necesario o al momento de darse de baja. El reembolso de los sobrepagos se hará en un lapso no mayor de 30 días hábiles a partir de la notificación. Es posible que apliquemos el sobrepago de las primas del plan de beneficios complementarios opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si corresponde.

La cobertura de la Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales que se explica a continuación se ofrece solamente a los miembros que la compran junto con el plan. Si desea comprar esta Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales pero todavía no lo ha hecho, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía. Puede comprar la Cláusula Adicional al momento de inscribirse en su plan o dentro de los 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan.

Cláusula Adicional Platinum Dental

Le presentamos la Cláusula Adicional Platinum Dental

Sabemos que para usted es importante tener opciones al seleccionar beneficios de cuidado de la salud adicionales. La Cláusula Adicional Platinum Dental es un paquete de beneficios complementarios opcionales que le ofrece más de lo que requiere Medicare. Se la ofrecemos por una prima mensual de $40.00. Esta prima es adicional a la prima que usted paga por el plan Medicare Advantage. Estos beneficios complementarios opcionales incluyen servicios dentales de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores. **Los beneficios complementarios opcionales no se pueden combinar con ningún otro beneficio dental que le ofrezca su plan.**

Si tiene preguntas adicionales sobre la Cláusula Adicional Platinum Dental, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía

Beneficios de la Cláusula Adicional Platinum Dental

Con este plan, usted recibe servicios preventivos, incluso radiografías, además de limpiezas y exámenes de rutina. También tiene cobertura para ciertos servicios dentales básicos y mayores.

Cómo Elegir a un Dentista de la Red

Existen varias maneras de buscar un dentista de la red. Usted puede visitar UHCMedicareDentistSearch.com para realizar una búsqueda de un proveedor dental o puede elegir un dentista de la red en la sección Dental (no en la sección médica) del Directorio de Proveedores impreso. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada si necesita que le enviemos un Directorio de Proveedores o si necesita ayuda para buscar un dentista participante. El dentista de la red prestará la mayoría de los servicios ya sea directamente o mediante un higienista dental con licencia. Para propósitos de su plan, no

es necesario obtener una referencia de su Dentista General para consultar a un dentista especializado dentro de la red, pero le recomendamos que consulte primero con su dentista.

Nosotros no somos responsables de la disponibilidad ni de la participación continua de ningún dentista de la red. Inscribirse en esta Cláusula Adicional no garantiza que recibirá un determinado servicio dental de un dentista específico. Si usa un dentista de la red, siempre confirme que sigue siendo parte de la red antes de recibir algún cuidado. Si cancelamos el contrato de un dentista de la red, o si un dentista de la red cancela su contrato con nosotros, usted puede elegir otro dentista de la red.

Solamente los servicios que se indican en la siguiente tabla estarán cubiertos mediante la Cláusula Adicional Platinum Dental. Al momento del servicio, usted debe pagar al dentista todas las tarifas de los servicios que no tienen cobertura. **Usted tiene la responsabilidad de entender su cobertura dental y utilizar sus beneficios dentales correctamente.** Es posible que los dentistas de la red le pidan que firme un formulario de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios dentales, los costos y las alternativas para todos los tratamientos recomendados. Puede solicitar una predeterminación que le indicará los costos y los detalles. Los resultados de los tratamientos dentales recomendados no siempre se pueden predecir con precisión. A veces, durante un procedimiento específico, es posible que se requiera un cambio inmediato en el tratamiento. En esos casos, el dentista de la red debe tomar una decisión con respecto al cuidado a realizar lo que sea más conveniente para usted. Después del procedimiento, el dentista de la red tiene la obligación de explicarle en detalle por qué fueron necesarios estos cambios en el tratamiento y explicar también las diferencias en los costos, si las hubiera.

Cómo Programar una Cita con un Dentista de la Red

Una vez que haya elegido a un dentista de la red, puede programar una cita llamando directamente a ese consultorio dental. Si tiene alguna pregunta sobre la ubicación del consultorio, el horario de atención o las horas de cuidado de emergencias, llame al consultorio dental que seleccionó o llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar más información (por ejemplo, el horario normal de consulta) al buscar un dentista en www.UHCMedicareDentistSearch.com.

Uso de un Dentista Fuera de la Red

También tiene la opción de consultar a un dentista Fuera de la Red para los servicios dentales cubiertos. Cuando usted recibe sus servicios dentales cubiertos de un dentista Fuera de la Red, el plan paga hasta una cierta cantidad por cada servicio cubierto. Los dentistas Fuera de la Red no están contratados para aceptar los pagos del plan como pago total. Por lo tanto, si usted decide consultar a un dentista Fuera de la Red, usted podría recibir una factura por cargos que sobrepasan la cantidad que el plan paga, incluso por los servicios que tienen $0 de copago.

Procesamiento de Reclamos de la Cláusula Adicional Platinum Dental

Cuando los servicios dentales cubiertos que usted recibe son prestados por un dentista Dentro de la Red, el dentista presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando usted consulta a un

dentista Fuera de la Red, con frecuencia el dentista presentará un reclamo en nombre de usted. Si el dentista no presenta el reclamo, usted debería enviarnos una copia de la factura marcada como "paid" (pagada). Le reembolsaremos lo correspondiente a los servicios dentales cubiertos. Asegúrese de que la factura incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del dentista, además de los cargos y los servicios detallados con sus códigos ADA, la fecha del servicio, junto con su nombre, dirección y número de teléfono. Debemos recibir el reclamo del dentista o la copia de su factura pagada en un plazo no mayor de 90 días después de la fecha del servicio, o tan pronto como sea razonablemente posible.

No reduciremos ni denegaremos un reclamo por no entregar dicho comprobante en el plazo requerido, siempre y cuando se presente tan pronto como sea razonablemente posible. Excepto en los casos en que la ley lo requiera, no aceptaremos un reclamo que sea presentado más de 1 año después de la fecha del servicio.

Envíe los Reclamos por Servicios Dentales a:

P O Box 30567

Salt Lake City, UT 84130-0567

Servicios Dentales Cubiertos por la Cláusula Adicional Platinum Dental

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones indicadas en esta Cláusula Adicional Dental.

Los servicios dentales descritos en esta sección están cubiertos cuando:

- Son prestados por un dentista con licencia u otro proveedor adecuado, o bajo su dirección, según se indica específicamente; y
- No están excluidos, según se indica en esta Cláusula Adicional.
- Los servicios cubiertos no tienen período de espera

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos:

- Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos o de rutina. Su Beneficio Dental Complementario de UnitedHealthcare proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen en detalle a continuación.
- Los servicios que no aparecen en la lista NO están cubiertos.
- Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a todos los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que se aplican dentro de la red.
- Para recibir ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en www.UHCMedicareDentistSearch.com. Si lo prefiere, puede llamar al 1-866-314-8188 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental.

- Si tiene alguna otra pregunta o desea más información, llame al 1-866-314-8188, TTY 711, o visite www.EricksonAdvantage.com

Máximo Anual: $1,500

- Una vez que se haya alcanzado el máximo anual, usted será responsable de todos los cargos restantes.
- Para los servicios obtenidos Fuera de la Red el plan paga solamente hasta cierta cantidad. Si decide consultar a un dentista Fuera de la Red, es posible que le cobre a usted la cantidad que sobrepasa lo que paga el plan.
- Por lo general, un proveedor fuera de la red presenta un reclamo en nombre de usted. Si el proveedor fuera de la red que utilizó no presenta un reclamo en nombre de usted y usted ha pagado los servicios que recibió de este proveedor, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de UnitedHealthcare para obtener información sobre cómo presentar su solicitud de reembolso.

Códigos de la American Dental Association (ADA): Los procedimientos dentales cubiertos se indican con estos códigos, que usan los dentistas para presentar reclamos dentales. Las categorías ofrecen una referencia fácil.	**Descripción del Procedimiento Dental:** Descripción fácil de interpretar del código de procedimiento dental	**Frecuencia:** Con qué frecuencia UnitedHealthcare pagará el procedimiento dental	**Criterios y Exclusiones:** Condiciones según las cuales UnitedHealthcare pagará este procedimiento y situaciones en las que UnitedHealthcare NO pagará el procedimiento	**Copago o Coseguro** *Si elige consultar a un dentista Fuera de la Red, es posible que las facturas muestren cargos superiores a lo que paga el plan, incluso por servicios para los que se indica un copago de $0
Exámenes				
D0120	Examen periódico de rutina realizado durante la revisión	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre exámenes bucales periódicos, limitados e integrales, además de detallados/ extensos. No cubre exámenes periodontales aparte de los exámenes periódicos, limitados o integrales. Se cubre solamente un código de examen por cada cita.	$0*
D0140	Examen limitado para evaluar un problema	Un procedimiento por cada año del plan		$0*
D0150	Examen integral (para paciente nuevo, o paciente establecido, después de 3 años o más sin que haya habido un tratamiento dental)	Un procedimiento cada tres años del plan		$0*
D0160	Examen detallado y extenso,	Un procedimiento		$0*

	enfocado en el problema	por cada año del plan		
Radiografías				
D0210	Radiografías panorámicas/de la boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre una serie completa de radiografías intrabucales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*
D0220, D0230	Radiografías para una evaluación más detallada de la zona que rodea la raíz de los dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre las radiografías periapicales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI). No tienen cobertura el mismo día en que se realice una serie completa de radiografías intrabucales (D0210).	$0*
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los	Un procedimiento por cada año del plan	No tienen cobertura el mismo año en que se realicen radiografías de la	$0*

	dientes y el hueso		boca completa (D0210).	
D0330	Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre radiografías panorámicas. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*
Limpiezas				
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la profilaxis de adultos. No tiene cobertura el mismo día en que se realicen D4910 o D4355.	$0*
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene un historial documentado de enfermedad de las encías	Tres procedimientos por cada año del plan	Cubre el mantenimiento periodontal. Tiene cobertura solo con historial de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	$0*
Otros Servicios Preventivos				
D1206, D1208	Fluoruro	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la aplicación tópica de fluoruro (con o sin barniz).	$0*
D1310	Asesoramiento nutricional	Un procedimiento	Cubre el asesoramiento sobre hábitos	$0*

		por cada año del plan	alimenticios como parte del tratamiento y control de la enfermedad de encías o caries.	
D1354	Aplicación de medicamento en un diente para detener o impedir la formación de caries	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la aplicación de medicamentos que detienen la caries temporalmente, por cada diente en un diente cariado no sintomático.	$0*
Empastes Dentales				
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2940	Empastes metálicos o del color del diente colocados directamente en la boca, en dientes frontales o caninos o en las muelas	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre los empastes de amalgama o de compuesto de resina. No cubre los empastes de lámina de oro, selladores ni restauraciones preventivas con resina.	$0*
D3110, D3120	Medicamento colocado debajo de los empastes para estimular la cicatrización pulpar	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre el recubrimiento pulpar para una pulpa expuesta o casi expuesta. No cubre bases y rellenos cuando se han eliminado todas las caries.	$0*
Coronas, Incrustaciones Tipo Inlay y Tipo Onlay				
D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544,	Recubrimiento (corona) o corona parcial	Un procedimiento por diente cada	Con cobertura cuando hay caries extensa o	50%*

D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	(llamada incrustación tipo inlay o tipo onlay) - hecha de metal, porcelana/ cerámica, porcelana fusionada a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca en la boca	cinco años del plan	destrucción del diente y el diente no puede arreglarse con solo un empaste. No cubre coronas por razones estéticas o para cerrar huecos. Las carillas dentales no están cubiertas. Las coronas de implante no están cubiertas. No cubre coronas “3/4”.	
Otros Servicios Restaurativos				
D2920	Fijación de una corona que se cayó	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura solo para un diente con una corona existente. Sin cobertura para la fijación de una corona nueva el día de la colocación.	50%*
D2949	Pequeño empaste que se necesita antes de cementar una corona al diente	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona.	50%*
D2950	Empaste o espigas que se colocan cuando se prepara un diente para una corona	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan		50%*

D2952, D2953, D2954, D2957	Reconstrucción de un empaste alrededor de un poste para preparar el diente para una corona	Un D2952 y D2953, o un D2954 y D2957 por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona. El diente también tiene que haber tenido tratamiento de conducto radicular. Cubre tanto pernos y muñones fabricados indirectamente como prefabricados.	50%*
Conducto Radicular (Servicios de Endodoncia)				
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Tratamiento de conducto radicular para dientes frontales, caninos o muelas (excluye el empaste o la corona que se necesita después del tratamiento de conducto radicular)	Un procedimiento de conducto radicular inicial (D3310, D3320 o D3330) y un procedimiento de repetición de tratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente una vez en la vida del miembro	Se trata de un procedimiento de conducto radicular realizado en un diente por primera vez o como repetición de tratamiento de un diente en el que se realizó un procedimiento de conducto radicular previo. No incluye el tratamiento de conducto radicular realizado desde la punta de la raíz con acceso a través de las encías, el	50%*

			tratamiento de conducto radicular incompleto ni la reparación de la raíz interna por defectos de perforación.	
Raspado y Alisado Radicular				
D4341	Limpieza profunda de 4 o más dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes diferentes cada dos años del plan	Con cobertura cuando aparece pérdida ósea en las radiografías y además se registra acumulación de sarro y bolsas en las encías que son suficientes para justificar una limpieza profunda.	50%*
D4342	Limpieza profunda de 1-3 dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes diferentes cada dos años del plan		50%*
D4355	Limpieza de acumulación de placa y sarro en los dientes para permitir la visibilidad adecuada de los dientes antes de un examen	Un procedimiento cada tres años del plan	Se usa cuando se debe eliminar una acumulación extensa de placa y sarro a fin de realizar un examen. No puede realizarse el mismo día que una limpieza	50%*

			dental (D1110 o D4910).	
D4381	Medicamento aplicado en la zona de las encías que rodea un diente (por cada diente) para controlar la enfermedad de las encías	Un número ilimitado por cada año del plan	No se puede usar el mismo día que un raspado y alisado radicular (D4341 o D4342).	50%*
Dentaduras Postizas Completas				
D5110	Dentadura postiza superior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza tiene cobertura cuando no quedan dientes brotados en la boca.	50%*
D5120	Dentadura postiza inferior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5130	Dentadura postiza superior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes superiores remanentes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		50%*
D5140	Dentadura postiza inferior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes inferiores remanentes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		50%*
Dentaduras Postizas Parciales (Extraíbles)				
D5211	Dentadura postiza parcial superior - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza parcial tiene cobertura cuando los	50%*

D5212	Dentadura postiza parcial inferior - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan	dientes remanentes/de sostén no tienen caries y tienen un hueso adecuado para sostener la dentadura postiza parcial. Incluye materiales de retención/ ganchos, apoyos y dientes.	50%*
D5213	Dentadura postiza parcial superior - estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5214	Dentadura postiza parcial inferior - estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5221	Dentadura postiza parcial superior colocada en el momento de las extracciones - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5222	Dentadura postiza parcial inferior colocada en el momento de las extracciones - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5225	Dentadura postiza parcial superior - base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
D5226	Dentadura postiza parcial inferior - base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		50%*
Ajustes y Reparaciones de Dentaduras Postizas Completas				

D5410, D5411, D5850, D5851	Ajustes de dentaduras postizas o acondicionamiento del tejido para dentadura postiza completa superior o inferior	Dos procedimientos de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre ajustes, rebases, reparaciones, acondicionamiento del tejido y reemplazo de dientes rotos o faltantes en las dentaduras postizas completas. No se puede facturar en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza nueva.	50%*
D5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	Reparaciones y rebases de dentaduras postizas completas superiores o inferiores rotas	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan		50%*
Ajustes y Reparaciones de Dentaduras Postizas Parciales				
D5421, D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial superior o inferior	Dos procedimientos por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre los ajustes y rebases de la dentadura postiza parcial. Cubre las reparaciones en la estructura de la dentadura postiza parcial, la reparación o el reemplazo de dientes faltantes o rotos en la dentadura postiza parcial, y la adición de ganchos o dientes a una dentadura postiza parcial existente. No se puede facturar en un plazo menor de 6	50%*
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	Reparación o rebase de dentadura postiza parcial superior o inferior	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza parcial por cada año del plan		50%*

			meses después de la colocación de la dentadura postiza parcial nueva.	
Puentes				
D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte del puente que es el diente falso que reemplaza al diente faltante (el póntico)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solamente puede usarse para reemplazar un diente faltante. Cubre puentes hechos de porcelana/ cerámica; porcelana fusionada a metal altamente noble, predominantemente común o noble; completo de metal altamente noble, predominantemente común o noble fundido; y titanio. No cubre ninguna parte de un puente apoyado en un implante.	50%*
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794	Coronas que son colocadas en los dientes que sirven de apoyo al puente (coronas del retenedor)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solo cubre coronas que son parte de un puente. No cubre ninguna parte de un puente apoyado en un implante.	50%*
D6930	Fijación de un puente que se cayó	Un número ilimitado por	No cubre la fijación de un puente en el día	50%*

		cada año del plan	de la colocación del puente inicial.	
Extracciones y Procedimientos de Cirugía Bucal				
D7111, D7140, D7210, D7250	Extracciones	Un procedimiento por diente una vez en la vida del miembro	Cubre la extracción de dientes permanentes brotados, raíces dentales expuestas y restos de dientes primarios. Cubre la extracción quirúrgica de dientes brotados o raíces dentales expuestas. No cubre la extracción de dientes impactados (no brotados).	50%*
D7310, D7311, D7320, D7321	Reformación del hueso que rodea los dientes o los espacios entre dientes	Un procedimiento por cuadrante por cada año del plan, hasta cuatro procedimientos en cuadrantes diferentes por cada año del plan	Cubre la alveoloplastia, bien sea en conjunto con, o independiente de, las extracciones.	50%*
D7510, D7511	Drenaje quirúrgico de un absceso	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la incisión y el drenaje de un absceso a través del tejido blando de la boca (intrabucal). No cubre la	50%*

			incisión y el drenaje a través de la piel fuera de la boca (extrabucal).	
Tratamiento de Emergencia del Dolor y de Otro Tipo				
D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura solamente para una visita de urgencia o de emergencia.	50%*
D9910	Aplicación de un agente insensibilizador a un diente o varios dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura una vez por cada visita. No cubre bases, rellenos ni adhesivos que se aplican debajo de las restauraciones.	50%*
Óxido Nitroso y Sedación				
D9219	Evaluación para sedación o anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la administración, la evaluación y el monitoreo de sedación/ analgesia intravenosa moderada (consciente), sedación profunda/ anestesia general, y analgésicos/ óxido nitroso - ansiólisis. Los medicamentos usados para estos procedimientos se consideran incluidos en el código del	50%*
D9222, D9223	Sedación profunda/ anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan		50%*
D9230	Óxido nitroso	Un número ilimitado por cada año del plan		$0*
D9239, D9243	Sedación intravenosa	Un número ilimitado por cada año del plan		50%*

			procedimiento y no pueden facturarse por separado.	
Férulas				
D7880	Férula usada para tratar la articulación temporomandibular (TMJ)	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre los dispositivos ortóticos oclusales proporcionados para el tratamiento de la disfunción temporomandibular.	50%*
D9943	Ajuste de la guarda oclusal	Dos procedimientos por cada año del plan	Sin cobertura en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la guarda oclusal.	50%*
D9944	Guarda oclusal rígida de arco completo, superior o inferior	Un procedimiento cada tres años del plan	Con cobertura solamente si está asociada, de manera documentada, con rechinamiento o desgaste de los dientes. No cubre ningún tipo de aparato para apnea del sueño, ronquidos ni disfunción temporomandibular.	50%*

Procedimientos de Determinación de la Organización y de Presentación de Apelaciones y Quejas Formales de la Cláusula Adicional Platinum Dental

Si desea presentar una apelación o una queja formal, consulte el proceso de apelación y quejas formales descrito en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Disposiciones Generales para Servicios de la Cláusula Adicional Platinum Dental Los Dentistas son Profesionales Independientes

No nos corresponde prestar directamente ningún servicio de cuidado de la salud. Nuestras obligaciones se limitan al pago de los servicios para el cuidado de la salud prestados a usted por dentistas, quienes son profesionales independientes.

Registros Dentales

Tendremos acceso a los registros dentales y de tratamientos de usted para determinar los beneficios, procesar los reclamos, revisar la utilización, asegurar la calidad, efectuar auditorías financieras, o por cualquier otro propósito razonablemente relacionado con los servicios dentales cubiertos. Usted deberá completar y enviarnos consentimientos, autorizaciones y otros documentos adicionales, según se soliciten, para que podamos determinar o proporcionar los beneficios. Nos reservamos el derecho de rechazar o suspender un reclamo si no contamos con información o registros dentales que lo respalden.

Recuperación de Pagos

Con respecto a los beneficios que son formalmente pagaderos conforme a la Cláusula Adicional Platinum Dental, nos reservamos el derecho de deducir de ellos la cantidad de cualquier pago realizado:

1. Por error
2. Debido a una declaración errónea contenida en un reclamo
3. Debido a una declaración hecha erróneamente a fin de obtener cobertura
4. Si se trata de una persona que no cumple los requisitos, esta deducción se puede realizar contra cualquier reclamo que usted presente conforme a la Cláusula Adicional Dental, si el pago se realizó para la persona que no cumple los requisitos. No se puede presentar una solicitud de reembolso del total o de una parte del pago hecho (a usted o a un dentista) por un reclamo después de que hayan transcurrido 24 meses a partir de la fecha de pago del reclamo. Las únicas excepciones a este caso son cuando el pago se realizó debido a un fraude cometido por usted o por el dentista, o si usted o el dentista han acordado, de una u otra manera, efectuar un reembolso por el sobrepago de un reclamo.

Liberación de Responsabilidad Civil

Todo pago realizado según las disposiciones de la Cláusula Adicional Dental nos liberará completamente de toda responsabilidad civil en lo que concierne a tal pago.

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.

2. Servicios dentales que no son necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un entorno dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad dental, lesión o anomalía dental congénita.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la American Dental Association en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos del plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de término de la póliza individual; se incluyen también los servicios dentales para las condiciones dentales que surgieron antes de la fecha de término de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es miembro de la familia de la persona cubierta. Esto incluye cónyuge, hermano, hermana, padre, madre, hijo o hija.
13. Cargos por no acudir a una cita programada sin notificar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
14. Los servicios que no aparecen en la lista anterior no están cubiertos.

Exención de Responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association (ADA) publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden ser modificados durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

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

Sección 3.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)

Esta Sección describe los servicios excluidos o sin cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por el plan. Si un servicio está "excluido", significa que el plan no cubre el servicio.

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

Si recibe servicios excluidos, es decir, que no tienen cobertura, usted deberá pagar su costo. No pagaremos ninguno de los servicios médicos excluidos que se indican en la tabla siguiente, excepto bajo las condiciones específicas ahí indicadas. Existe una sola excepción: si después de una apelación se determina que el beneficio excluido es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de esta guía).

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla siguiente.
Aún si usted recibe los servicios en un centro de cuidado de emergencia, de cualquier manera los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará su costo.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, de conformidad con las normas de Medicare Original	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales y equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y los equipos y medicamentos experimentales son todos aquellos artículos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Es posible que estén cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación.)

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital		✓ Con cobertura solamente cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tal como un teléfono o un televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su propio domicilio.	✓	
El cuidado de custodia es el cuidado prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otros centros cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia se refiere a cuidado personal que no necesita de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, el cuidado que brinda ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	✓	
Los servicios de tareas domésticas incluyen ayuda en cuestiones básicas como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Honorarios cobrados por el cuidado recibido de parte de familiares cercanos o miembros del núcleo familiar.	✓	
Cirugía estética y procedimientos relacionados.		✓ □ Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar la función de un miembro corporal deformado. □ Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, al igual que para el seno no afectado a fin de lograr una apariencia simétrica.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)		✓ Tiene cobertura la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual de la columna vertebral para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.
Comidas entregadas a domicilio.	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyen en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
		(Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo).
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.		✓ Se proporciona cierta cobertura cuando así lo indiquen las normas de Medicare. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este Capítulo o según se describe en el Capítulo 6.)
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía por elección, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura.		✓ (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo).
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales).	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado provisto por una entidad de servicios de emergencia, tales como, unidad de servicios paramédicos, que no provee transporte en ambulancia).		✓ Los servicios tienen cobertura solo si la dirección donde la ambulancia recoge a la persona se encuentra en una zona rural de New York y se cumplan las condiciones requeridas. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil que sucedan fuera de una zona rural de New York.
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o próstesis que son, primordialmente, para la comodidad o conveniencia del miembro, o para deambular principalmente en la comunidad; entre otros, esto incluye la remodelación o modificación de la vivienda y el automóvil, y equipo para hacer ejercicio.	✓	
Vacunas con el fin de viajar al extranjero.	✓	
Las solicitudes de pago (pedir al plan que pague su parte de los costos) de los medicamentos cubiertos enviadas después de 36 meses de haber surtido la receta.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Equipo o suministros para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, y sus cuidados, medias de soporte y otros equipos que, de manera primaria, no sean de naturaleza médica.	✓	
Cualquier cuidado que no es de emergencia y que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de Estados Unidos.	✓	
Para trasplantes: entre los artículos sin cobertura se incluyen, los que se indican a continuación. Para transporte: □ Alquiler, compra, mantenimiento/reparación de vehículos □ Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) □ Gasolina □ Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico). □ Viaje terrestre o aéreo no relacionado con citas médicas □ Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital Para alojamiento:	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
□ Depósitos □ Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) □ Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo □ Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo □ Comidas		

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no aptos para los miembros. Los procedimientos y las tecnologías nuevas que demuestran ser seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando es clínicamente necesaria una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basado en la documentación médica del miembro, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad relevante de una persona con experiencia en tecnología.

Capítulo 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5
Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1 Introducción..... 3
Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D.....3
Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D..... 4

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece..... 4
Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red.....4
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red.....5
Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece..... 6
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....7
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?.....8

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan.....9
Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....9
Sección 3.2 Existen 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos..... 9
Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?..... 10

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos..... 10
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?..... 11
Sección 4.2 Tipos de restricciones..... 11
Sección 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos.....13

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere 14
Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea..... 14
Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción.....14

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto?..... 16

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia..... 17

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....17

Sección 6.2 ¿Que sucede si hay cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando?..... 17

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?..... 19

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura..... 19

Sección 8 Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cuando surta una receta..... 21

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID de miembro.....21

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no trae consigo su tarjeta de ID de miembro?.....21

Sección 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 21

Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada..... 21

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo.....22

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?.....22

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?..... 23

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación.....23

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a consumir medicamentos de manera segura..... 24

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos.....24

Sección 10.3 Manejo de terapias de medicamentos para ayudar a los miembros a llevar el control de sus medicamentos..... 25

¿Sabía que hay programas de ayuda para pagar sus medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se incluyen el programa Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información acerca del costo de los medicamentos con receta de la Parte D que aparece en esta Evidencia de Cobertura tal vez no corresponda en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado Cláusula adicional de Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D

Este Capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El Capítulo siguiente describe lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D (Capítulo 6, **Costo de los medicamentos con receta de la Parte D).**

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, los beneficios médicos del plan también cubren algunos medicamentos. Mediante la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan normalmente cubre los medicamentos que le administren durante las estadías con cobertura en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Mediante la cobertura de beneficios de Medicare B, el plan cubre algunos medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos recibidos en un centro de diálisis. El Capítulo 4 **(Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted)** detalla los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. El plan sólo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no tengan relación alguna con su pronóstico de paciente en fase terminal ni con enfermedades relacionadas que, por consiguiente, carecen de cobertura bajo el beneficio para centros de cuidados paliativos de Medicare. Consulte los detalles en la Sección 9.4, titulada **¿Qué**

sucede si uno está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? Consulte los detalles de la cobertura de servicios en un centro de cuidados paliativos en la Sección correspondiente del Capítulo 4 **(Tabla de Beneficios Médicos [qué cubre el plan y qué paga usted]).**

En las secciones siguientes se analizará la cobertura de sus medicamentos según las normas aplicables a los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, titulada **Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**, tiene más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

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

Por regla general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe contar con una receta emitida por su proveedor (médico, dentista u otro facultativo).
- El proveedor que emite la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación a CMS que demuestre su certificación para recetar; de otro modo, se le rechazará el reclamo de pago de la Parte D. La próxima vez que consulte a sus proveedores que emiten recetas, pregúnteles si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, recuerde que su médico necesita tiempo para presentar la documentación necesaria para su tramitación.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus recetas. (Consulte la Sección 2, titulada **Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece).**
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan (a la que llamamos, simplemente, **Lista de Medicamentos**). (Consulte la Sección 3, titulada **Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan**).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o respaldado por libros de referencia específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece

Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura sólo si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (www.EricksonAdvantage.com) o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

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

¿Qué pasa si la farmacia que está usando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado usando se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, pida ayuda al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contracubierta de esta guía) o use el **Directorio de Farmacias.** También puede encontrar información en nuestro sitio web www.EricksonAdvantage.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Usualmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos confirmar que usted puede recibir normalmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias en dichos centros, típicamente la farmacia que ese centro de cuidado a largo plazo usa. Si tiene problemas para usar sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame al Servicio al Cliente.
- Las farmacias que colaboran con el Servicio de salud indígena, tribal o indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solamente los indígenas americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de modo que sólo se surten en ciertos lugares, o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación debería darse rara vez).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece

El servicio de medicamentos por correo que nuestro plan ofrece le permite surtir un suministro de **hasta 90 días**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con nuestra farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo, OptumRx™. Puede comunicarse con OptumRx llamando al 1-877-889-6358, o, si se trata de personas con limitaciones auditivas, (TTY), al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En el **Directorio de Farmacias** podrá encontrar las farmacias con servicio de medicamentos por correo que son parte de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Generalmente, un pedido de una farmacia con servicio de medicamento por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría retrasarse. Si su pedido por correo se retrasa, siga estos pasos:

Si su receta está en el registro de su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si su receta retrasada no está registrada en su farmacia local, pida a su médico que llame a su farmacéutico y autorice una nueva receta. O bien, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta por usted. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia al 1-877-889-6510, (TTY) 711, 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, preocupación o si necesita cancelar un reclamo por una receta retrasada.

Nuevas recetas que su farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba directamente de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted utilizó los servicios de medicamentos por correo, o bien
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas que provengan directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar por teléfono o correo, ahora mismo o en cualquier momento, que se le entreguen automáticamente todas las recetas nuevas.

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y no se comunicaron con usted para ver si la quería antes de enviarla, es posible que cumpla los requisitos para que le den un reembolso.

Si anteriormente ha utilizado el servicio de medicamentos por correo y no quiere que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de medicamentos por correo y decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si quiere que surtan y le envíen su medicamento inmediatamente. Así tendrá la oportunidad de confirmar la

entrega del medicamento correcto (incluidas la potencia, la cantidad y la presentación). Si es necesario, también podrá cancelar o posponer la orden antes de que se la facturen o envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarle lo que debe hacer con su receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar la entrega automática de nuevas recetas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Resurtidos de medicamentos por correo. Para resurtir sus medicamentos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días laborables antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo. Además tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, nosotros comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando los registros nos muestren que se le están acabando sus medicamentos. Antes de enviarle un resurtido, la farmacia se comunicará con usted para confirmar que efectivamente necesita el medicamento, de lo contrario, puede cancelar el resurtido programado si aún tiene suficiente medicamentos o si éstos han cambiado. Para cancelar el programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo al menos 10 días antes de que le envíen el pedido; también puede hacerlo cuando le llamen de la farmacia para avisarle de su próximo envío.

Asegúrese de darle a la farmacia de pedidos por correo toda la información de contacto necesaria, de manera que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de que le hagan el envío. Puede hacer esto comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al momento de registrarse en el programa de resurtidos automáticos, o cuando reciba la notificación de un próximo envío de resurtido.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” (también llamado “suministro extendido”) de nuestra **Lista de Medicamentos** del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición de salud crónica o prolongada). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o ir a una farmacia de venta al por menor.

1. **Algunas farmacias de venta al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica qué farmacias de nuestra red pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).
2. En el caso de ciertas clases de medicamentos, puede usar los servicios de la red de **farmacias con servicios de medicamentos por correo** del plan. El servicio de medicamentos por correo que nuestro plan ofrece le permite pedir un suministro de hasta 90 días. En la Sección 2.3 puede obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de medicamentos por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Es posible que su receta esté cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos sus recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Recetas en caso de una emergencia médica**
  Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con un cuidado debido a una emergencia médica o a cuidado requeridos de urgencia, están incluidas en nuestra Lista de Medicamentos sin restricción alguna y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura en caso de viaje o al estar fuera del área de servicio**
  Tendrá acceso a las farmacias de la red en todo el país mientras se encuentre de viaje en los Estados Unidos. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y recuerde consultar el directorio de farmacias para localizar las farmacias de la red que están en su recorrido. Si viaja al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de salir del país para llevar consigo a los países donde no haya farmacias de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio debido a que una farmacia de la red, que ofrezca servicio 24 horas del día, no está dentro de una distancia razonable de manejo.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que regularmente no está en existencia en una farmacia de venta al por menor accesible de la red ni en una farmacia o preferido con servicio de medicamentos por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los medicamentos únicos).
- Si necesita una receta mientras es un paciente en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en caso de cirugía ambulatoria o en cualquier otra situación como paciente ambulatorio.

En estas situaciones**, le pedimos que primero verifique con el Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana a usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía). Quizá deba pagar la diferencia entre el costo del medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7, tiene instrucciones para pedir el reembolso al plan).

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le 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, simplemente, Lista de Medicamentos.**

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

Los medicamentos en la **Lista de Medicamentos** son solamente los que están cubiertos mediante la Parte D de Medicare (anteriormente, en la Sección 1.1 de este Capítulo, se describen los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento en la **Lista de Medicamentos** del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura descritas en este Capítulo y el uso del medicamento sea de indicación médicamente aceptada. La frase "indicación médicamente aceptada" significa que, **de una u otra manera**, el uso del medicamento:

- Está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos. (Esto quiere decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para el cual ha sido recetado).
- **– o –** Tiene el respaldo de ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Generalmente funciona tal cual lo hace un medicamento de marca, pero normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos de muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos no están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos medicamentos (consulte los detalles en la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en nuestra **Lista de Medicamentos**.

Sección 3.2 Existen 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de los 5 Niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el número de nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento:

Nivel 1: Genéricos preferidos - Incluye medicamentos genéricos de uso común, de bajo costo.

Nivel 2: Genéricos - Incluye muchos medicamentos genéricos. En este Nivel también se encuentran los medicamentos complementarios que fueron aprobados por la FDA pero que han sido excluidos de cobertura en la Parte D de Medicare. Su plan ha incluido estos medicamentos en su Lista de Medicamentos como un beneficio mejorado.

Nivel 3: De marca preferidos - Incluye muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Medicamentos de Insulina Selectos - Insulinas selectas a un copago máximo de $35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.[1]

Nivel 4: Medicamentos No Preferidos - Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos. Además, los medicamentos compuestos que cumplen los requisitos de la Parte D están cubiertos en el Nivel 4.

Nivel 5: De especialidad - Incluye medicamentos únicos o de un costo muy alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido 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 (Costo de los medicamentos con receta de la Parte D).

[1] Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la lista de medicamentos que le haremos llegar de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.EricksonAdvantage.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que determinan cómo y cuándo deben ser cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos preparó esta normativa para que nuestros miembros usen estos medicamentos en la forma más efectiva, y también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos a un nivel de costo más económico.

En general, nuestra normativa alienta la compra de medicamentos que tratan su condición de salud de una manera segura y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo actúa médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para que usted y su proveedor opten por la opción de menor costo. Por otra parte, también debemos cumplir con las normas de Medicare en cuanto a cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si el medicamento tiene alguna restricción, esto quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si quiere estar exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción al plan. El plan determinará si acepta o rechaza hacer la excepción. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 6.2).

Tenga presente que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra **Lista de Medicamentos**. Esto se debe a que se aplican diferentes restricciones o costos compartidos en base a diversos factores, como por ejemplo, la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de la salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o jarabe, etcétera).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Nuestro plan emplea diferentes restricciones para que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Las secciones siguientes presentan más detalles con respecto a las restricciones que empleamos para ciertos medicamentos.

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es el que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes a fin de crear un medicamento con receta personalizado que satisfaga las necesidades de un paciente en particular.

¿Cubre medicamentos compuestos mi plan de la Parte D?

Por regla general, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto sea cubierto, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Es posible que los medicamentos compuestos cumplan los requisitos para ser incluidos en la Parte D. Los requisitos a cumplir son los siguientes:

1. Entre sus ingredientes, debe contener al menos uno que sea un medicamento aprobado por la FDA; además, todos los ingredientes en el compuesto (incluso la vía de

administración propuesta) debe tener el respaldo de, como mínimo, uno de los siguientes libros de referencia aprobados por Medicare:

a. Las publicaciones de American Hospital Formulary Service Drug Information;
b. El sistema de información DRUGDEX Information System;
c. Las publicaciones de National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology, o bien alguna publicación que se utilice para cuestiones de cáncer y que esté aprobada por Medicare.

2. Entre sus ingredientes no debe contener un medicamento excluido de la Parte D o que no haya sido aprobado por la FDA.
3. No debe contener un ingrediente que esté cubierto por la Parte B. (Si lo contiene, es posible que el compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D).
4. Debe ser recetado para una condición médica aceptada.

La tabla que aparece abajo, explica los requisitos básicos que debe cumplir un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes para que sea cubierto en virtud de las reglas de la Parte D, además de los costos que posiblemente le correspondan a usted.

Tipo de medicamento compuesto	**Cobertura de Medicare**
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B.	El medicamento compuesto está cubierto exclusivamente por la Parte B.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto.	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.).	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D.
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos.	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo.

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan. Por los medicamentos compuestos que han sido aprobados, usted pagará el copago o coseguro correspondiente a medicamentos no preferidos. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción en el costo compartido relacionada con el nivel.

Obtención de una aprobación anticipada del plan

En el caso de ciertos medicamentos, usted y su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Este paso se llama "**preautorización**". A veces la exigencia de obtener una aprobación anticipada ayuda a orientar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es probable que el plan no cubra el costo de su medicamento.

Prueba preliminar de un medicamento distinto

Este requisito le permite a usted probar primeramente medicamentos de menor costo, pero igualmente seguros y eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición de salud, es posible que el plan exija que use primeramente el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento se llama "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que usted recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome una tableta por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a una tableta por día.

Sección 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más reciente, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía) o visite nuestro sitio web (www.EricksonAdvantage.com).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si el medicamento que quiere tomar tiene restricciones, llame al Servicio al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si quiere estar exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción. Es posible que aceptemos exceptuar la restricción en su caso, de igual manera que es posible que no lo aceptemos. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 6.2).

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere

Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea

Esperamos que su cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades. Sin embargo, quizá uno de los medicamentos con receta que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o, si aparece en él, tiene limitaciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede ser que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales que resultan aplicables. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, tal vez se le exija que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si va a funcionar adecuadamente, antes de que el medicamento que quiere tomar tenga cobertura. Por otro lado, podría haber límites de cobertura para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, por ejemplo) durante un período determinado. En algunos casos, quizás le convenga pedirnos una exención a la restricción que tiene.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que lo encarece por encima de lo que usted esperaba. Cada medicamento cubierto por el plan está colocado en uno de 5 distintos niveles de costo compartido. La cantidad que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento.

Usted puede tomar medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted cree que debería tener. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la **Lista de Medicamentos** o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva su costo más de lo esperado, consulte la Sección 5.3.

Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción

Si su medicamento no está en la **Lista de Medicamentos** o tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Obtenga un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.
- Cambie de medicamento.

- Solicite una excepción al plan para que cubra el medicamento o elimine las restricciones vigentes.

Obtenga un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones de algún tipo. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor con respecto al cambio de cobertura y pensar en otras opciones.

Para optar por un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser debido a una de las siguientes razones:

- El medicamento que está tomando **fue eliminado de la Lista de Medicamentos del plan.**
- – o – el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene una restricción de algún tipo** (las restricciones se explican en la Sección 4 de este Capítulo).

2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Si se trata de miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era miembro del plan el año anterior**. Este suministro temporal será por un mínimo de 30 días. Si su receta ha sido emitida para menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga presente que las farmacias de cuidado a largo plazo podrán proveer el medicamento en cantidades menores a fin de evitar desperdicio).
- **Si se trata de miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos como mínimo un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o por un período más breve si su receta se emite para menos días. Este es un suministro adicional al del suministro temporal que se mencionó anteriormente.
- **Para aquellos miembros actuales y con cambios en el nivel de cuidado:** Es posible que haya transiciones no planificadas (como altas de hospitales o cambios en el nivel de cuidado) que suceden mientras usted es miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si se le dificulta obtener sus medicamentos, es necesario que use el proceso de excepción del plan. Puede solicitar, por una sola vez, un suministro temporal de 30 días como mínimo para que tenga tiempo de hablar con su médico acerca de las alternativas de tratamiento o para solicitar una excepción de la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le emite una receta por menos días, pueden volver a surtirla hasta recibir, como mínimo, un suministro de 30 días.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un

medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual. Encontrará más detalles sobre estas opciones en las siguientes secciones.

Cambie a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de salud. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Solicite una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan una excepción para que cubra el medicamento de la forma que usted necesita. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no se incluya en la **Lista de Medicamentos** del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricción alguna.
Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto, estas son algunas cosas que puede hacer:

Cambie a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto, comience por hablar con su proveedor al respecto. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar tan bien como el medicamento original. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de salud. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Solicite una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

Los medicamentos en el nivel de especialidad no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No rebajamos el costo compartido en el caso de los medicamentos en este nivel.

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, es posible que el plan modifique la **Lista de Medicamentos** durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Poner a disposición nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien podríamos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha determinado que es ineficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información con respecto a las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos acatar los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Que sucede si hay cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios a la cobertura de medicamentos

En nuestro sitio web publicaremos información sobre los cambios que ocurran en la Lista de Medicamentos durante el año. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente para incluir los cambios que se hayan producido después de la última actualización. Más adelante le indicamos las fechas en que usted recibiría un aviso directamente si hubo cambios en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la portada posterior de esta guía).

¿Los cambios a su cobertura de medicamentos le afectan inmediatamente?

Cambios que pueden afectarlo este año: Los cambios de la cobertura que sucedan durante el presente año le afectarán en los siguientes casos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas)**
  - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlo por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido más alto o agregaremos nuevas restricciones o ambas.
  - Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
  - Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento de marca. Consulte las instrucciones para solicitar una excepción en el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])**.
  - Si usted está tomando un medicamento de marca al mismo tiempo que le hacemos un cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. También incluiremos información sobre los pasos que debe seguir para solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos que presentan riesgos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que han sido retirados del mercado**
  - De vez en cuando, es posible que un medicamento sea eliminado repentinamente porque se encontró que es muy riesgoso, o se retiró del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente ese medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le haremos saber este cambio inmediatamente.
  - El profesional que lo recetó también se enterará de este cambio y puede, junto con usted, encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**
  - Una vez que comienza el año es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También pudiéramos hacer cambios debido a advertencias publicadas por la FDA o a nuevas pautas clínicas que reconoce Medicare. Debemos darle aviso del cambio por lo menos con 30 días de anticipación o debemos darle aviso del cambio y permitirle resurtir el medicamento que esté tomando obteniendo un suministro de 30 días en una farmacia de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, debe acordar con el profesional que lo recetó el cambio a otro medicamento que sí cubramos.
- De otra manera, usted o el profesional que lo recetó pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento. Consulte las instrucciones para solicitar una excepción en el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])**.

Cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Si usted está tomando actualmente un medicamento y si hay cambios a la Lista de Medicamentos que no fueron descritos anteriormente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si continua con el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción al uso que usted le da al medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios llegara a ocurrir con uno de los medicamentos que usted está tomando (y si no se trata de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, o cualquier otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará el uso que usted le dé al medicamento o lo que usted paga de costo compartido hasta el 1 de enero del año entrante. Hasta esa fecha, es probable que no haya ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso que usted le da al medicamento. Este año no recibirá ningún aviso sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de Medicamentos en el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta sección indica qué medicamentos están “excluidos”. Esto quiere decir que Medicare no cubre el costo de ninguno de ellos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted deberá pagar por ellos. No cubriremos el pago de los medicamentos indicados en esta sección (excepto en el caso de algunos medicamentos excluidos que tienen cobertura mejorada de medicamentos). Hay una sola excepción: Si al presentar una apelación se descubre que el medicamento solicitado no está excluido conforme a la Parte D y que nosotros deberíamos haberlo cubierto o pagado por él debido a la situación específica en que usted se encuentra. (Puede encontrar información de cómo apelar decisiones de no cubrir un medicamento en el Capítulo 9, Sección 6.5 de esta guía).

Estas son tres reglas generales para saber qué medicamentos no cubren los planes de medicamentos de Medicare mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D que ofrece nuestro plan no puede cubrir un medicamento que normalmente estaría cubierto mediante la Parte A o la Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. Un "uso fuera de la indicación aprobada" es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - Por lo general, la cobertura del "uso fuera de la indicación aprobada" se permite solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir el "uso fuera de la indicación aprobada".

Además, según lo establece la ley, estas categorías de medicamentos no tienen cobertura de los planes de medicamentos de Medicare (La cobertura mejorada de medicamentos de nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican más abajo; es posible que, para esa cobertura mejorada, usted tenga que pagar una prima adicional. Enseguida puede encontrar más información.):

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para favorecer la fertilidad
- Medicamentos para el alivio de síntomas de tos o resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios por los cuales el fabricante intenta exigir, como condición de venta, que se adquieran pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del propio fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare (a ésta se le llama cobertura mejorada de medicamentos). Estos medicamentos cubiertos excluidos tienen cobertura bajo el Nivel 2 (vitaminas y medicamento para la disfunción eréctil). Estos medicamentos, sus requisitos de preautorización y los límites de cantidad correspondientes se detallan en la Sección titulada **Cobertura de medicamentos adicionales** de la guía de La Lista de Medicamentos. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para participar en la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. (La etapa de cobertura de gastos médicos mayores se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de esta guía.)

Además, si **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas, no contará con esta asistencia para pagar por los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. (Consulte la **Lista de Medicamentos** del plan o llame al Servicio al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.) Sin

embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare. Le pedimos que se comunique con el programa Medicaid de su estado para que determine qué cobertura de medicamentos podría haber disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 8 Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID de miembro

Para surtir sus recetas, muestre su tarjeta de ID del plan a la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestra su tarjeta de ID del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan **nuestra** parte del costo de su medicamento con receta con cobertura. Al surtir su receta, usted deberá pagar a la farmacia la parte del costo que **a usted** le corresponde.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no trae consigo su tarjeta de ID de miembro?

Si no tiene su tarjeta de ID del plan al surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al momento de surtirla.** (Después **podrá pedirnos que le reembolsemos** la parte del costo que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información de cómo solicitar reembolsos al plan).

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

Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada

Si lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan el alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumpla con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las secciones anteriores a esta Sección que indican las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 **(Costo de los medicamentos con receta de la Parte D)** le da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga presente lo siguiente: Cuando usted ingresa a un centro de enfermería especializada, vive en él o le dan el alta de este, tiene derecho al Período de Inscripción Especial. Durante este

período, puede cambiar de planes o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, **Cómo terminar su membresía en el plan,** contiene instrucciones para darse de baja del plan e incorporarse a otro plan Medicare).

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

El **Directorio de Farmacias** indica si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

¿Qué pasa si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o que tiene alguna restricción, el plan cubrirá un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será de al menos 31 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días. (Tenga presente que una farmacia de cuidado a largo plazo podrá surtir el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, evitando así su desperdicio). Si ha sido un miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos al menos un suministro de 31 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días.

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. De otra manera, usted y su proveedor pueden pedir al plan una excepción para que cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder.

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge), o a través de plan grupal de jubilados? De ser así, comuníquese **con el administrador de beneficios de ese plan grupal.** Esta persona puede ayudarle a determinar cómo es que su cobertura actual de medicamentos con receta funcionará con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nuestro plan tendrá un carácter secundario con respecto a la cobertura grupal que tiene de su empleador o de un plan para jubilados. Esto significa que la cobertura grupal pagaría primero.

Una nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o su plan grupal para jubilados le enviará un aviso para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es "acreditable" y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es **"acreditable"**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que, en promedio, pagará como mínimo el equivalente a la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estas notificaciones sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlas más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso con respecto a la cobertura acreditable de parte del plan de su empleador o del plan grupal para jubilados, puede obtener una copia de su empleador, del administrador de beneficios del plan grupal para jubilados o de su empleador o sindicato .

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, laxante, medicamento para el dolor o fármaco ansiolítico que no esté cubierto por su centro de cuidados paliativos por no estar relacionado con su enfermedad terminal y las enfermedades asociadas, nuestro plan debe recibir notificación ya sea del médico o su centro de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con el cuidado antes de que nuestro plan cubra dicho medicamento. Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de un centro de cuidados paliativos o médico que se asegure de notificarnos que dichos medicamentos no están relacionados con el cuidado antes de pedirle a la farmacia que los surtan.

En caso de que usted revoque su elección del centro de cuidados paliativos o le den el alta de dicho centro, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia al concluir su beneficio de Medicare, traiga documentación a la farmacia que sirva de comprobante de su revocación o alta. Consulte las secciones anteriores a esta Sección que explican las normas para obtener cobertura de medicamentos mediante la Parte D. En el Capítulo 6 **(Costo de los medicamentos con receta de la Parte D)** encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que a usted le corresponde pagar.

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación

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

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que dichos miembros están recibiendo un cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, tratamos de detectar problemas potenciales, como por ejemplo:

- Posibles errores en el uso de los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Dosis inseguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si notamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, consultaremos a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos

Contamos con un programa que puede ayudar a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que el uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que le indicará las limitaciones que pensamos que

deberíamos aplicarle. Usted también tendrá la oportunidad de informarnos de los médicos o las farmacias que prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo debido al uso indebido del medicamento con receta o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, nosotros revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso de sus medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique en su caso si usted tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Manejo de terapias de medicamentos para ayudar a los miembros a llevar el control de sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros. Los programas pueden asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Uno de los programas se llama Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, podrían recibir servicios a través de un Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para tomar notas o escribir alguna pregunta para hacerle al profesional en la próxima conversación. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma.

Sería conveniente que le realicen una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o téngalos consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.
Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y

cancelaremos su inscripción en el programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía).

Capítulo 6

Costo de los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6
Costo de los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1 Introducción..... 3
Sección 1.1 Este Capítulo junto con otros materiales adjuntos explican su cobertura de medicamentos.....3
Sección 1.2 Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos.....4

Sección 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamento en que usted se encuentra cuando obtiene el medicamento.....4
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pagos de medicamentos para los miembros de nuestro plan?..... 4

Sección 3 Informes de los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra..... 6
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D.....6
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día la información de sus pagos de medicamentos.....7

Sección 4 El plan no tiene deducible..... 8
Sección 4.1 No tiene que pagar deducible por sus medicamentos de la Parte D.... 8

Sección 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte..... 8
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta..... 8
Sección 5.2 Tabla de los costos del suministro de un mes de un medicamento.....9
Sección 5.3 Si su médico receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de un mes entero.....11
Sección 5.4 Tabla de los costos de un suministro a largo plazo de 90 días de un medicamento..... 12
Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen $4,130.....14

Sección 6 Durante la Etapa sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo por los medicamentos genéricos..... 14

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa sin Cobertura hasta que los gastos de su bolsillo alcancen $6,550..... 14

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo para los medicamentos con receta..... 15

Sección 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos..... 17

Sección 7.1 Una vez que alcanza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa hasta el final del año.....17

Sección 8 Información de beneficios adicional..... 18

Sección 8.1 Nuestro plan impone limitaciones a los beneficios..... 18

Sección 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba..... 18

Sección 9.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para vacunas incluidas en la Parte D y para el costo de administración de esas vacunas.....18

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna..... 20

¿Sabía que hay programas de ayuda para pagar sus medicamentos?
Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar el costo de sus medicamentos. Entre estos se incluyen el programa Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura acerca del costo de los medicamentos con receta de la Parte D tal vez no corresponda en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado Cláusula adicional de Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicitelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo junto con otros materiales adjuntos explican su cobertura de medicamentos

Este Capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, este Capítulo utilizará el término “medicamento” para referirse a un medicamento con receta de la Parte D. Como se indicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos se consideran medicamentos de la Parte D: algunos tienen cobertura de la Parte A o de la Parte B de Medicare y otros medicamentos, por ley, no tienen cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos presentada en este Capítulo, debe familiarizarse con los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir para obtener dichos medicamentos. Estos materiales indican los aspectos esenciales:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, nosotros la llamamos **Lista de Medicamentos**.
  - La **Lista de Medicamentos** muestra qué medicamentos estarán cubiertos.
  - También indica en cuál de los 5 niveles de costo compartido se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la **Lista de Medicamentos**, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía). También puede encontrar la lista más actualizada en nuestro sitio web: www.EricksonAdvantage.com.

- **Capítulo 5 de esta guía.** El. Capítulo 5 contiene los detalles de su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir para obtener dichos medicamentos. El Capítulo 5 también indica los medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- **Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe acudir a una farmacia de la red para comprar los medicamentos con receta (consulte los detalles en el Capítulo 5). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También indica en qué farmacias en la red puede surtir un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta con un suministro para tres meses).

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

Para entender la información sobre pagos presentada en este Capítulo, debe familiarizarse con los gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y el pago puede pedirse en tres formas distintas.

- El **deducible** es la cantidad que debe pagar por los medicamentos a fin de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** se refiere al porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamento en que usted se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pagos de medicamentos para los miembros de nuestro plan?

La tabla siguiente muestra las etapas de pagos de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta en nuestro plan. El costo que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra al momento de surtir o resurtir una receta. Tenga presente que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago en que se encuentre el medicamento.

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Etapa del Deducible Anual	**Etapa de Cobertura Inicial**	**Etapa Sin Cobertura**	**Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**
Debido a que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no corresponde en su caso. Durante esta etapa, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista.	Usted empieza en esta etapa de pago al surtir su primera receta del año. Durante esta etapa, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte.** Usted permanece en esta etapa hasta que los **costos totales de sus medicamentos** que haya realizado hasta la fecha del año (sus pagos más todos los pagos del plan de la Parte D) alcancen un total de $4,130.	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Durante esta etapa, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Usted permanece en esta etapa hasta que los **gastos de su bolsillo** (sus pagos) que haya realizado hasta la fecha del año alcancen un total de $6,550. Esta cantidad y las normas para contabilizar los costos a fin de alcanzar esta	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por lo que resta del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Encontrará detalles en la Sección 7 de este capítulo).

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
	(Encontrará detalles en la Sección 5 de este capítulo).	cantidad han sido establecidas por Medicare. (Encontrará detalles en la Sección 6 de este capítulo).	

Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 3 Informes de los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D

Nuestro plan mantiene un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando surte o resurte una receta en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuando pasa de una etapa de pago a la otra. En concreto, hay dos costos a los que damos seguimiento:

- Damos seguimiento a la cantidad que usted ha pagado. Esta cantidad se llama “**gasto directo de su bolsillo”**.
- Damos seguimiento al **costo total de los medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga de gastos de su bolsillo, o que alguien más paga a nombre suyo, además de la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe impreso llamado **Explicación de Beneficios de la Parte D** si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de Beneficios de la Parte D le proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. El informe incluye:

- **Información mensual**. El informe incluye los detalles de pago de las recetas que haya surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, la cantidad pagada por el plan, y la cantidad que usted, o alguien más a nombre suyo, hayan pagado.

- **Totales acumulados en el año, a partir del 1 de enero.** Esta información se conoce como "total anual acumulado hasta la fecha". Indica los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Esta información mostrará los aumentos acumulativos en porcentaje en cada reclamo de medicamentos con receta**.**
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles**. Esto incluirá información en cada reclamo de medicamentos con receta sobre otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que hace por ellos, utilizamos los datos que obtenemos de las farmacias. Nos puede ayudar a mantener su información correcta y al día de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de ID de miembro cuando surta una receta.** Para asegurarse de que nos enteremos de las recetas que surte y de lo que paga por ellas, muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cada vez que surte una receta.
- **Asegúrese de entregarnos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones tal vez pague por recetas y la información que necesitamos no nos llega automáticamente. Cuando esto sucede, no podemos llevar cuenta de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un control de los gastos de su bolsillo, podría entregarnos copias de recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague la parte que le corresponde del costo. Consulte las instrucciones para hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7, de esta guía). Estas son algunas situaciones en las que usted querrá darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de las cantidades que ha gastado en medicamentos:
  - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realice un copago por los medicamentos que se proporcionan mediante un programa de asistencia a pacientes de parte del fabricante de dichos medicamentos.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red y cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información de los pagos que alguien más haya hecho por usted**. Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para los gastos de su bolsillo y sirven para que pueda calificar para cobertura de gastos médicos mayores. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el programa federal Servicio de salud indígena y los efectuados por la mayoría de las instituciones benéficas cuentan como parte de los gastos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos copias de los mismos, de manera que podamos dar seguimiento a sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la **Explicación de Beneficios de la Parte D**, examínela para asegurarse de que la información está completa y sea correcta. Si cree que algo falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada posterior de esta guía). También puede consultar su Explicación de Beneficios en nuestro sitio web www.EricksonAdvantage.com. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Sección 4 El plan no tiene deducible

Sección 4.1 No tiene que pagar deducible por sus medicamentos de la Parte D

Su plan no tiene deducible. Usted empieza en esta etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información acerca de su cobertura en la etapa de cobertura inicial.
No hay deducible para el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) por medicamentos de insulina selectos. Durante la Etapa del Deducible, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los medicamentos de insulina selectos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de esta guía).

Sección 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta.

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del sitio en que surta su receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más grande sea el número de nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento:

Nivel 1: Genéricos Preferidos - Incluye medicamentos genéricos de uso común, de costo más bajo. Este es el Nivel con el menor costo compartido.

Nivel 2: Genéricos - Incluye muchos medicamentos genéricos. Este nivel también incluye los medicamentos complementarios que fueron aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), pero que han sido excluidos de la cobertura en la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición en la Lista de Medicamentos como un beneficio mejorado.

Nivel 3: De Marca Preferidos - Incluye muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Medicamentos de Insulina Selectos - Insulinas selectas a un copago máximo de $35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. [1]

Nivel 4: Medicamentos No Preferidos - Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos. Además, los Medicamentos Compuestos que cumplen los requisitos de la Parte D están cubiertos en el Nivel 4.

Nivel 5: De especialidad - Incluye medicamentos únicos o de un costo muy alto. Este es el Nivel con el mayor costo compartido.

Para saber el nivel de costo compartido de su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- Una farmacia minorista que forma parte de la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 5 de esta guía y en el **Directorio de Farmacias** del plan.

[1] Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 5.2 Tabla de los costos del suministro de un mes de un medicamento

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

- **El “copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El “coseguro”** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Como se indica en la tabla siguiente, el copago o el coseguro dependen del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento. Tenga presente lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago indicado en la tabla, usted pagará la cantidad que sea menor. Le corresponde pagar **ya sea** el precio total del medicamento **o bien** el copago, **la cantidad que sea menor**.
- Cubrimos las recetas que se han surtido en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de las situaciones en que daremos cobertura a una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo al obtener un suministro de un mes de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:			
Nivel	**Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de cuidado a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.) (un suministro de hasta 30-días)
Costo compartido Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago*
Costo compartido Nivel 2 Medicamentos genéricos	$10 de copago	$10 de copago	$10 de copago*
Costo compartido Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago*

Su parte del costo al obtener un suministro de un mes de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:			
Medicamentos de Insulina Selectos [1]	$35 de copago	$35 de copago	$35 de copago*
Costo compartido Nivel 4 Medicamentos no preferidos	$85 de copago	$85 de copago	$85 de copago*
Costo compartido Nivel 5 Medicamentos de especialidad	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro*

* Usted no recibirá un reembolso de la diferencia entre lo que se le cobró en la farmacia fuera de la red y la cantidad permitida por el plan dentro de la red.

[1] Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Si, por cualquier motivo, usted obtiene un suministro menor de 90 días de una farmacia preferida de pedidos por correo, se aplica el costo compartido que corresponde a farmacias minoristas estándar, dentro de la red.

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

Normalmente, la cantidad que usted paga al comprar un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos de menos de un mes. Puede haber ocasiones en que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez y se sabe que este produce efectos secundarios graves).

Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

La cantidad que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes dependerá de si tiene que pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un **porcentaje** del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si su receta es por un suministro de un mes completo o por menos días. Sin embargo, debido a que el costo entero del medicamento será menor si recibe un suministro de menos de un mes, la **cantidad** que usted paga será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día de medicamento (la "tarifa diaria de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
  - Por ejemplo: Suponga que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30-días) es $30. Esto quiere decir que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días de medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un total a pagar de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que cierto medicamento sirve antes de tener que pagar un suministro de un mes completo. Puede pedirle a su médico que le recete (y al farmacéutico que le surta) un suministro de menos de un mes de uno o más medicamentos, si este método le permite planear fechas de resurtido de recetas diferentes para ahorrarse viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá del número de días que reciba el suministro.

Sección 5.4 Tabla de los costos de un suministro a largo plazo de 90 días de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90-días. (Los detalles de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento se encuentran en la Sección 2.4 del Capítulo 5.)

La tabla siguiente muestra lo que usted paga al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento de (90-días).

- Tenga presente lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago indicado en la tabla, usted pagará la cantidad que sea menor. Le corresponde pagar **ya sea** el precio total del medicamento **o bien** el copago, **la cantidad que sea menor**.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia preferida de medicamentos por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia estándar de medicamentos por correo (suministro de 90 días)
Costo compartido Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	$15 de copago	$0 de copago	$15 de copago
Costo compartido Nivel 2 Medicamentos genéricos	$30 de copago	$0 de copago	$30 de copago
Costo compartido Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	$135 de copago	$125 de copago	$135 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos [1]	$105 de copago	$95 de copago	$105 de copago
Costo compartido Nivel 4 Medicamentos no preferidos	$255 de copago	$245 de copago	$255 de copago
Costo compartido Nivel 5 Medicamentos de especialidad	N/C[2]	N/C[2]	N/C[2]

[1] Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del

Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

[2] Limitado a 30 días de suministro

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen $4,130

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos con receta que haya surtido y resurtido alcance el límite de **$4,130 de la etapa de cobertura inicial**.

El costo total de los medicamentos es la suma de lo que usted ha pagado y lo que cualquier otro plan de la Parte D ha pagado:

- **La cantidad que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamentos del año. (En la Sección 6.2 encontrará más información sobre la manera como Medicare calcula los gastos de su bolsillo). Esto incluye:
  - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial.
- **La cantidad que el plan pagó** como parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si usted estaba inscrito en un plan que no es un plan de la Parte D en cualquier momento durante el año 2021, la cantidad que el plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también se toma en cuenta para el costo total de sus medicamentos.)

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos por estos medicamentos no se toman en cuenta para el total de los gastos de su bolsillo o a fin de alcanzar el límite de cobertura inicial. Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para saber qué medicamentos tienen cobertura en nuestro plan.

La **Explicación de Beneficios de la Parte D** que le mandamos le ayudará a mantener un control de lo que usted y el plan (además de cualquier otra tercera persona) han gastado en la compra de sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite anual de $4,130.
Le avisaremos si usted alcanza esta cantidad de $4,130 Si alcanza esta cantidad, saldrá de la etapa de cobertura Inicial y pasará a la etapa sin cobertura.

Sección 6 Durante la Etapa sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo por los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa sin Cobertura hasta que los gastos de su bolsillo alcancen $6,550

Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) ofrece cobertura adicional durante la Etapa Sin Cobertura para medicamentos de insulina selectos. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los medicamentos de insulina selectos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de esta guía).

Cuando está en la Etapa sin Cobertura, el Programa de Descuento para la Etapa sin Cobertura de Medicare provee descuentos de fabricantes para los medicamentos de marca. Si se trata de medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio negociado, además de una parte del cargo de suministro. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se toman en cuenta para los gastos de su bolsillo (como si usted las hubiera pagado) y le permiten avanzar por la etapa sin cobertura.

Los medicamentos genéricos también tienen cierto nivel de cobertura. Usted paga un máximo del 25% del costo de medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Si se trata de medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se toma en cuenta para los gastos de su bolsillo. La cantidad que usted paga es la única que se toma en cuenta para avanzar por la etapa sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado por los medicamentos de marca, y no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, hasta que los gastos de su bolsillo de todo el año alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. En el año 2021, esa cantidad es $6,550.

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que **no cuenta** como los gastos de su bolsillo. Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo de $6,550, saldrá de la Etapa Sin Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo para los medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir al contabilizar los gastos de su bolsillo en el caso de sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo **puede incluir** los pagos que se indican enseguida (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya acatado las normas de cobertura de medicamentos detalladas en el Capítulo 5 de esta guía):

- La cantidad que le corresponde pagar por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de cobertura inicial.
  - Etapa sin cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos t**ambién se incluyen** si **otras personas u organizaciones** los hacen en su nombre. En estos pagos se incluye el pago de sus medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos para el sida, por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos que haya sido aprobado por Medicare, o por el programa Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa Ayuda Adicional de Medicare.
- También se incluyen algunos de los pagos hechos por el programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por los medicamentos de marca que usted adquiera. Sin embargo, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cómo pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan gastado un total de $6,550 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario usted pasará de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos pagos realizados para obtener medicamentos con receta:

- La cantidad que usted paga para cubrir su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan en cuanto a cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos que usted hace por medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que hace para cubrir el costo de medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos hechos por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras usted estuvo en la etapa sin cobertura.
- Pagos de medicamentos realizados por planes de salud de grupos, incluidos los planes de salud de empleadores.

- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, por ejemplo, TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos hechos por una tercera persona con obligación legal de pagar los costos de sus recetas (por ejemplo, el seguro de accidentes laborales).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, tal como las indicadas anteriormente, paga una parte o el total de los gastos de su bolsillo para sus medicamentos, se le exige que informe esto a nuestro plan. Llame al Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Cómo mantener un control del total de los gastos de su bolsillo

- **Nosotros le ayudamos**. La **Explicación de Beneficios de la Parte D** que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo (la Sección 3 en este Capítulo describe este informe). Cuando usted alcance un total de $6,550 en los gastos de su bolsillo del año, este informe le indicará que ha pasado de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Asegúrese de entregarnos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y al día.

Sección 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que alcanza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa hasta el final del año

Usted califica para la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores cuando los gastos de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $6,550 que corresponde al año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos, excepto si se trata de medicamentos complementarios con cobertura.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea **mayor** de las siguientes:
  - **ya sea** - un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - **o -** $3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se considera como genérico y $9.20 por todos los demás medicamentos.

• **Nuestro plan pagará el resto** del costo.

Si se trata de medicamentos complementario s del plan con cobertura en el Nivel 2, usted paga su parte del costo compartido (en la Sección 5 se indican esas cantidades).

Sección 8 Información de beneficios adicional

Sección 8.1 Nuestro plan impone limitaciones a los beneficios

En esta Sección del Capítulo 6 se analizan las limitaciones que impone nuestro plan.

1. El resurtido anticipado por pérdida, robo o destrucción del medicamento no está cubierto, excepto durante una “Emergencia Nacional” declarada.
2. El resurtido anticipado por vacaciones se limita a un solo resurtido para un máximo de 30 días por cada año calendario.
3. Los medicamentos no estarán cubiertos si los recetan médicos u otros proveedores que están excluidos o imposibilitados para participar en el programa Medicare.
4. Puede surtir una receta que no contenga opiáceos luego de haber consumido un mínimo del 75% de la cantidad, considerando los días del suministro.
5. Puede surtir una receta que contenga opiáceos luego de haber consumido un mínimo del 85% de la cantidad, considerando los días del suministro.
6. Los costos de los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D no se toman en cuenta para los gastos de su bolsillo.

Sección 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 9.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para vacunas incluidas en la Parte D y para el costo de administración de esas vacunas

Nuestro plan cubre diversas vacunas incluidas en la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en la Sección 2.1 del Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos**.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D tiene dos componentes:

- El primer componente de la cobertura es el costo del **medicamento mismo de la vacuna**. La vacuna es un medicamento con receta.
- El segundo componente de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A esto a veces le llamamos “administración” de la vacuna).

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

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

1. **El tipo de** vacuna (contra qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas pueden encontrarse en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan**.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- En algunos casos cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y la administración de la misma. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- En otros casos le tocará pagar solo su parte del costo por la vacuna o por la administración de la misma.

A manera de ejemplo, puede recibir la inyección de la vacuna de la Parte D de tres maneras comunes. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la etapa sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene o no esta opción depende de donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna.)

- Tendrá que pagar a la farmacia el copago o el coseguro de la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

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

- Al momento de recibir la vacuna, pagará el costo completo de la vacuna y su administración.
- Entonces, puede pedir a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Para ello, use los pasos descritos en el Capítulo 7 de esta guía **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos**.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago o coseguro normales por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. Si está recibiendo asistencia del programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia.

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

- Tendrá que pagar a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna misma.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Entonces, puede pedir a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Para ello, use los pasos descritos en el Capítulo 7 de esta guía.
- Le reembolsaremos la cantidad que le cobró su médico por administrarle la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si está recibiendo asistencia del programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las normas de cobertura de las vacunas son complejas. Estamos a sus órdenes para ayudarle. Le recomendamos que llame primero al Servicio al Cliente cada vez que planee vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

- Le podemos indicar hasta qué punto su vacuna está cubierta por nuestro plan y le explicaremos la parte que le corresponde del costo.
- Podemos indicarle cómo disminuir el costo que le corresponde utilizando proveedores y farmacias de la red.
- Si no puede acudir a un proveedor o farmacia de la red, podemos darle instrucciones para que le paguemos nuestra parte del costo.

Capítulo 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que debe solicitar el pago la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 2

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar al plan de los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde..... 2

Sección 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido..... 5

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago..... 5

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la negará..... 6

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar.....6

Sección 3.2 Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión..... 6

Sección 4 Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio....7

Sección 4.1 En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos. 7

Sección 1 Situaciones en las que debe solicitar el pago la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar al plan de los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde

En ciertos casos, al recibir cuidados médicos o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que detecte que ha pagado más de lo esperado bajo las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó (es decir, que le demos un "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cuando haya pagado más de lo que le correspondía por los servicios médicos o los medicamentos que tienen cobertura de nuestro plan.

También habrá ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico proporcionado. En muchos casos, usted debería enviarnos la factura en vez de pagarla. Nosotros revisaremos la información y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura haremos el pago directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede pedir al plan el reembolso de un pago o el pago de una factura recibida:

1. Si ha recibido cuidados médicos de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Cada vez que haya recibido servicios de un proveedor en los Estados Unidos que no forme parte de nuestra red, usted únicamente debe pagar la parte del costo que le corresponde y no el costo total. (Es posible que su parte del costo sea mayor en el caso de un proveedor fuera de la red que en el caso de un proveedor dentro de la red). Usted debe pedir al proveedor que facture sus servicios al plan por la parte que nos corresponde pagar del costo de los servicios.

- Si, al momento de recibir el cuidado médico pagó la cantidad total usted mismo, necesitará pedir que le reembolsemos la parte del costo pagado. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que haya hecho.
- A veces, usted podría recibir una factura del proveedor que pide el pago de un servicio que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que usted ya haya hecho.
  - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, nosotros haremos el pago directamente al proveedor.
  - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos qué cantidad adeudaba efectivamente y le reembolsaremos la porción del costo que nosotros debemos pagar.

- **Tenga presente lo siguiente:** Aunque puede obtener cuidados de la salud de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos realizar pagos a un proveedor que no participe en el programa Medicare, o haya sido excluido o imposibilitado de participar en él. Si el proveedor no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.
- Usted también puede recibir servicios de emergencia o requeridos de urgencia de parte de un proveedor fuera de los Estados Unidos. Si recibe servicios de emergencia o requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, es posible que el proveedor exija que usted pague el costo total de los servicios recibidos. Pida un recibo o factura por escrito en que se indiquen los servicios específicos que usted recibió. Envíenos una copia de ese recibo o factura detallados para que le reembolsemos el pago. Le recomendamos que obtenga toda la información necesaria, incluso sus registros médicos, para que tramitemos correctamente su solicitud de reembolso.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y solamente deben cobrarle la parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague una cantidad mayor que la parte que le corresponde.

- Cuando usted recibe servicios médicos por nuestro plan, solamente debe pagar la cantidad del costo que le corresponde. No permitimos que los proveedores que son parte de la red añadan cargos adicionales por separado, un procedimiento que se conoce como “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más de la cantidad del costo que le corresponde) tiene validez incluso si pagamos al proveedor una cantidad menor por los cargos facturados por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Consulte la información adicional sobre la facturación del saldo en la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted piense es por una cantidad mayor a la que usted debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado una cantidad mayor, envíenos la factura así como la documentación de los pagos que haya hecho y solicite el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debería pagar conforme al plan.

3. Inscripción retroactiva en nuestro plan

A veces se inscribe a una persona en el plan de manera retroactiva. (La frase “de manera retroactiva” quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber ocurrido el año pasado.)

Si se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos directamente de su bolsillo, después de la fecha en que se inscribió, puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para tramitar el reembolso.

Le pedimos que llame a Servicio al Cliente para que le den instrucciones para pedir el reembolso del pago y la información de plazos para hacerlo. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

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

Si trata de usar su tarjeta de ID de miembro para surtir una receta en una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Es solamente en unos cuantos casos especiales que cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Puede obtener más información en la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitar el reembolso de nuestra parte de los costos compartidos.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de ID de miembro del plan

Si no trae consigo su tarjeta de ID de miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente su información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

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

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Formulario) del plan o tiene un requisito o una restricción que usted desconocía o sí usted cree que esa restricción no es aplicable en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

7. Cuando utilice sus beneficios de Cobertura Mundial de Servicios para Emergencias, de Servicios Requeridos de Urgencia Mundiales, o de Transporte de Emergencia Mundial

Usted tendrá que pagar el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nosotros, usted debe hacer lo siguiente:

- Pague la factura al momento de recibirla. Nosotros le reembolsaremos la diferencia entre la cantidad de su factura y el costo compartido que le corresponde por los servicios recibidos, según se indica en el Capítulo 4 de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias de ellos al solicitarnos el reembolso. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su parte o del proveedor que prestó los servicios, para reembolsarle nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales.

- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias con cobertura mundial y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted.

Los anteriores son ejemplos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de esta guía **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])** contiene información para presentar una apelación.

Sección 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago

Envíe su solicitud de pago, junto con su factura y los recibos de todos los pagos que haya efectuado. Es buena idea que usted conserve una copia de la factura y los recibos.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, le recomendamos que, para presentar su solicitud de pago, complete nuestro formulario de reclamos.

- No tiene que usar el formulario pero, si lo hace, nos será posible procesar la información con más rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario mediante nuestro sitio web **(www.EricksonAdvantage.com)** o, de otra manera, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de pago que tenga a esta dirección:

Si se trata de solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:
OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287
Si se trata de solicitudes de pago de reclamos médicos:
UnitedHealthcare
P.O. Box 31350
Salt Lake City, UT 84131-0350

Usted debe presentar su reclamo de la Parte C (servicios médicos) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Si desconoce la cantidad que debería haber pagado, o si recibe

facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarle. También puede llamar si necesita darnos más información sobre una solicitud de pago que ya haya enviado.

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la negará.

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar

Cuando hayamos recibido su solicitud de pago, le pediremos información adicional, si es necesario. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y si usted cumplió con todas las normas para obtenerlo o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si todavía no ha pagado el costo del servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que usted debe seguir para recibir servicios de salud cubiertos por el plan. El Capítulo 5 explica las normas que usted debe seguir para recibir los medicamentos con receta de la Parte D que tienen cobertura).
- Si tomamos la decisión de que el cuidado médico o el medicamento **no** tiene cobertura o que usted **no** cumplió con todas las normas, entonces no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, usted recibirá una carta en la que explicaremos las razones por las cuales no se hace el reembolso que solicitó y su derecho para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que solicita que el plan cambie la decisión tomada al denegar su solicitud de pago.

Para obtener más información y presentar una apelación consulte el Capítulo 9 de esta guía **(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])**. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, sería útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 contiene una introducción que explica el trámite de las decisiones de cobertura y apelaciones. También se incluyen definiciones de términos, como “apelación”. Luego de haber leído la Sección 4, puede consultar las instrucciones aplicables a su situación en la Sección correspondiente del Capítulo 9:

- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

Sección 4 Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio

Sección 4.1 En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos.

En algunos casos, debe dar parte al plan de los pagos que haya hecho para cubrir el costo de sus medicamentos. En estas situaciones, usted no está solicitando un reembolso, sino solamente da parte de sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted cumplirá más rápidamente los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Las siguientes son las dos situaciones en las que usted debe enviar una copia de los recibos que tenga como prueba de los pagos que usted ha hecho por sus medicamentos:

1. Si compra un medicamento a un precio más bajo que el nuestro

En ocasiones, cuando usted se encuentra en la etapa sin cobertura puede comprar medicamentos **en una farmacia de la red** a un precio menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un medicamento a un precio más económico. O tal vez usted tenga una tarjeta de descuento, no relacionada con el plan, que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que hayan condiciones especiales, en estas situaciones usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que contabilicemos los gastos de su bolsillo y determinar si cumple los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Tenga presente lo siguiente:** Si usted se encuentra en la etapa sin cobertura no pagaremos ninguna parte del costo de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted podría cumplir más pronto con los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

2. Si recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por una compañía farmacéutica

Algunos miembros están inscritos en programas de asistencia al paciente ofrecidos por compañías farmacéuticas y excluidos de los beneficios del plan. Si recibe algún medicamento a través de un programa ofrecido por una compañía farmacéutica, es posible que usted tenga que hacer un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que contabilicemos los gastos de su bolsillo y determinemos si cumple los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

- **Tenga presente lo siguiente:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de dicho medicamento. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted podría cumplir más pronto con los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Dado a que en los dos casos expuestos anteriormente usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran como decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

Capítulo 8
Derechos y responsabilidades

Sección 1 El plan respeta sus derechos como miembro..... 2

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindarle información útil y en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos.... 2

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos.....3

que tienen cobertura.....3

Sección 1.3 Tenemos la obligación de proteger la privacidad de su información de salud personal.....3

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos.....13

Sección 1.5 Tiene derecho a participar, junto con los profesionales del cuidado de la salud, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas, o médicamente necesarias, para su condición médica, independientemente del costo o de la cobertura. 14

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....16

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si piensa que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos?..... 17

Sección 1.8 Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de la organización que tienen que ver con derechos y responsabilidades de los miembros. ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?..... 17

Sección 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan..... 18

Sección 2.1 Responsabilidades de los miembros del plan..... 18

Sección 1 El plan respeta sus derechos como miembro

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindarle información útil y en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos

Para obtener información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos aparecen en la portada posterior de esta guía).

Nuestro plan cuenta con personal y con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés o que tienen alguna discapacidad. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle la información en braille, en formato de letras grandes o en otros formatos, sin costo alguno, si es necesario. Se nos exige que le brindemos la información de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor llame a Servicio al Cliente y solicite presentar una queja formal (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se encuentra en la **Evidencia de Cobertura** o con esta correspondencia, o para obtener más información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindarle información útil y en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos

Para obtener información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos aparecen en la portada posterior de esta guía).

Nuestro plan cuenta con personal y con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés o que tienen alguna discapacidad. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle la información en braille, en formato de letras grandes o en otros formatos, sin costo alguno, si es necesario. Se nos exige que le brindemos la información de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma que le resulte

conveniente, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan debido a barreras de idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana, y presente una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos que tienen cobertura

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a seleccionar a un proveedor de cuidado primario de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos que usted reciba (el Capítulo 3 tiene más información al respecto). Llame al Servicio al Cliente para la información de los médicos actualmente aceptan clientes nuevos (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía). No es necesario contar con una referencia para consultar a proveedores de la red.

También tiene derecho a seleccionar a un proveedor fuera de la red que participe en Medicare. If si usa a un proveedor fuera de la red, es posible que el costo compartido por los servicios cubiertos sea mayor. Para obtener más información, llame al número de teléfono de Servicio al Cliente impreso en la portada posterior de esta guía.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de los proveedores, **dentro de un plazo razonable**. Incluido el derecho a obtener servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesite este cuidado. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperas prolongadas.

Cómo recibir cuidado médico después del horario normal

Si necesita hablar o consultar con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia, le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder.

Si piensa que no recibe los cuidados médicos o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, en la Sección 10, de esta guía indica cómo proceder. (Si hemos negado cobertura para sus cuidados médicos o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, la Sección 4 indica cómo proceder.)

Sección 1.3 Tenemos la obligación de proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de los registros médicos y la información de salud personal. Protegemos la información de salud personal de conformidad con estas leyes.

- La “información de salud personal” incluye los datos personales que tomamos para su inscripción en el plan, al igual que sus registros médicos y la demás información médica de la salud.

- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control para la utilización de su información de salud. Usted recibirá un documento llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Cómo protegemos la privacidad de su información de salud

- Nos aseguramos de que las personas sin autorización no accedan ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, antes de proporcionar su información de salud a terceros –de quienes no recibe cuidado médico ni realizan el pago del cuidado a nombre suyo–, **tenemos la obligación de contar primero con su permiso por escrito.** El permiso por escrito puede darlo usted o su representante legal autorizado para tomar decisiones a nombre suyo.
- Hay también ciertas excepciones que no exigen que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones son o permitidas o requeridas por la ley, por ejemplo:
  - Se nos exige que entreguemos información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad del cuidado médico.
  - Debido a que usted es miembro de este plan a través de Medicare, se nos exige proporcionar a Medicare su información de salud, la cual incluye información sobre medicamentos de la Parte D que le han recetado. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglas federales.

Usted puede ver la información de sus registros y enterarse cómo ha sido compartida con otros.

Tiene derecho a ver su historial médico que el plan mantiene y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por las copias de este documento. También tiene derecho a pedir que agreguemos datos o hagamos correcciones a su registro médico. Si desea modificar su registro, consultaremos a su proveedor de cuidado de la salud para determinar si los cambios deberían efectuarse.

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

Si tiene dudas o preguntas sobre la privacidad de su información de la salud personal, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN MÉDICA, ACERCA DE USTED, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LEA ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.

Aviso de Privacidad de la Información Médica

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021

La ley nos[1] exige que protejamos la privacidad de su información de salud. También se nos exige que le enviemos este aviso, el cual explica cómo podríamos usar su información y cuándo podemos entregarla o "divulgarla" a otros. Este aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud. La ley exige que respetemos los términos de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información en nuestro poder que, de manera razonable, se pueda utilizar para identificarlo y que está relacionada con la condición de su salud física o mental, los cuidados de la salud que usted reciba o el pago por dichos cuidados de la salud. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionados con hacerle saber en caso de que ocurra una filtración de su información de salud.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio relevante a estas prácticas, en nuestra próxima difusión de información anual, le proporcionaremos ya sea un aviso actualizado o la información sobre dicho cambio, así como las instrucciones para obtener un aviso revisado.

---

[1] Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Enterprise Life Insurance Company; Freedom Life Insurance Company of America; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; March Vision Care, Inc.; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medica Health Plans of Florida, Inc.; Medica Healthcare Plans, Inc.; National Pacific Dental, Inc.; National Foundation Life Insurance Company; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Peoples Health, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.;

UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

Proporcionaremos esta información por correo postal o electrónico, de conformidad con la ley correspondiente. En todos los casos, si tenemos un sitio web para su plan de salud en particular, allí mismo publicaremos el aviso actualizado. En este caso: www.EricksonAdvantage.com. Nos reservamos el derecho de aplicar a la información que ya tenemos o la que recibamos en el futuro cualquier aviso de revisión o modificación.

UnitedHealth Group recopila y guarda información en formato oral, escrito y electrónico a fin de administrar nuestras operaciones comerciales y ofrecer productos, servicios e información de relevancia para nuestros miembros. Tenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimientos, de conformidad con las normas estatales y federales pertinentes, en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros miembros a fin de protegerla contra riesgos tales como pérdida, destrucción o abuso.

Cómo usamos o divulgamos la información

Debemos usar y divulgar su información de salud a fin de poder proporcionarla:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar por usted (su representante personal) a fin de administrar sus derechos según lo descrito en este aviso; y
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a usar y divulgar la información de salud a fin de realizar su tratamiento, de pagar su cuidado de la salud y de administrar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información de salud:

- **Para el pago** de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para procesar los reclamos por los servicios de cuidado de la salud que recibe, incluso para la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos informar a un médico si usted cumple los requisitos de la cobertura y qué porcentaje de la factura podría estar cubierto.
- **Para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información de salud para facilitar su tratamiento o la coordinación de su cuidado médico. Por ejemplo, podemos divulgar

información a sus médicos u hospitales para facilitarles la provisión del cuidado médico que usted requiere.

- **Para las tareas administrativas de cuidado de la salud.** Podemos usar o divulgar información de salud según sea necesario para operar y administrar las actividades de nuestra compañía relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerir un programa de bienestar o de manejo de enfermedades que podría ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar datos para determinar cómo mejorar nuestros servicios. Es posible que, en conformidad con las leyes correspondientes, eliminemos de la información de salud todo dato personal que permita identificar a la persona. Desde el momento que eliminamos esos datos personales, dicha información ya no está sujeta a este aviso y podríamos utilizarla para cualquier propósito legal.

 Para Proporcionarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud, por ejemplo programas y tratamientos médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites establecidos por la ley.

 Para los patrocinadores del plan. Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal patrocinado por un empleador, podemos compartir con el patrocinador del plan un resumen de información de salud y de información de inicio o cancelación de la inscripción. Asimismo, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan a fines de administración del plan, si el patrocinador acepta las restricciones especiales sobre uso y divulgación de la información que establece la ley federal.

 Para fines de suscripción. Podemos usar o divulgar su información de salud para fines de suscripción; sin embargo, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para dicho fin.

 Para recordatorios. Podemos usar o divulgar información de salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o su cuidado, por ejemplo, recordatorios de citas que tenga con sus proveedores de cuidado médico.

 Para Comunicarnos con Usted. Podemos comunicarle, por vía electrónica o por teléfono, estos tratamientos, pagos o mensajes sobre tareas administrativas de cuidado de la salud usando los números de teléfono o las direcciones de correo electrónico que nos haya proporcionado. Podemos comunicarle determinada información de salud mediante métodos no cifrados. Estas comunicaciones pueden enviarse de forma no cifrada y existe cierto riesgo de que se divulgue o se intercepte el contenido de estas comunicaciones.

Podemos usar o divulgar su información sobre la salud para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

 Según lo exige la ley. Podemos divulgar información cuando la ley así lo exija.

 A las Personas Involucradas en su Cuidado. Podemos usar o divulgar su información de salud a una persona involucrada en su cuidado o que ayuda a pagar su cuidado; por ejemplo, a un familiar, cuando usted está incapacitado o en una emergencia, o cuando usted acepta o no pone objeciones aun cuando tiene la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o

no le es posible objetar, usaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es lo que más le conviene. Se aplicarán reglas especiales en caso de que divulguemos información de salud a familiares y terceras personas involucrados en el cuidado de una persona que falleció. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona involucrada, antes del fallecimiento, en el cuidado o el pago del cuidado médico de la persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo contradice una preferencia expresada con anterioridad por la persona fallecida.

- **Para actividades de salud pública** (por ejemplo, para prevenir, o informar de, brotes de enfermedades) a una autoridad de salud pública.
- **Para dar parte de víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar** a las autoridades gubernamentales que tienen autorización, por ley, para recibir esta información, incluso a una agencia de servicio social o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley, por ejemplo certificaciones, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos**, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de allanamiento o citación judicial.
- **Para fines de cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a un agente del orden público para propósitos tales como proveer información limitada a fin de encontrar a una persona desaparecida o para dar parte de un delito.
- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad** suya, de terceros o del público, divulgando, por ejemplo, información a agencias de salud pública o a autoridades del orden público, o en el caso de una emergencia o una catástrofe natural.
- **Para funciones gubernamentales especializadas** tales como actividades de militares y veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional y para los servicios de protección del presidente, entre otros.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales** según lo autoricen las leyes estatales del seguro de accidentes laborales que regulan lesiones y enfermedades laborales, o hasta el grado necesario para cumplirlas.
- **Para fines de investigación**, por ejemplo, una investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de una enfermedad o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de las leyes federales de privacidad.
- **Para proveer información referente a una persona fallecida.** Podemos divulgar información a un médico o funcionario forense para identificar a una persona fallecida, determinar causas de muerte, o según lo autorice la ley. Podemos divulgar información a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- **Para fines de obtención de órganos.** Podemos usar o divulgar información a entidades que manejan la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos a fin de facilitar la donación y el proceso de trasplante.

- **A instituciones correccionales o agentes del orden público** si usted es un recluso en una institución correccional o si está bajo la custodia de un agente del orden público, pero solamente si es necesario, 1) para que la institución le provea cuidado de la salud; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros; o 3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

A socios comerciales que realizan sus funciones a nombre nuestro o que nos proveen servicios, si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales tienen la obligación, bajo contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, de proteger la privacidad de su información y no pueden usar ni divulgar la información de manera distinta a la especificada en nuestro contrato y a lo permitido por la ley federal.

Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación. Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluso información altamente confidencial acerca de usted. Es posible que dichas leyes protejan los siguientes tipos de información:

1. Abuso de alcohol y de sustancias
2. Información biométrica
3. Abuso, maltrato o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual
4. Enfermedades contagiosas
5. Información genética
6. VIH o sida
7. Salud mental
8. Información de menores
9. Recetas
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o divulgación de la información de salud descrita anteriormente está prohibido o está considerablemente limitado por otras leyes que nos son aplicables, nuestra intención es satisfacer los requisitos de la ley que sea más estricta.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos y limitados como se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud solamente si contamos con una autorización de usted por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no utilizar ni divulgar información de psicoterapia relacionadas con usted, vender su información de salud a terceros, o usar o divulgar dicha información para fines de comunicaciones promocionales de marketing que son prohibidas conforme a la ley federal, si no contamos con su autorización por escrito. Una vez que nos autorice para divulgar su información de salud, no podemos garantizar que el destinatario a quien se entrega la información no divulgará dicha información. Usted puede retractarse o “revocar” en cualquier momento, haciéndolo por escrito, su autorización escrita, a menos que ya hayamos procedido según su autorización. Para saber a dónde enviar su autorización escrita y cómo revocar una autorización, llame al número de teléfono impreso en el reverso de su tarjeta de ID del plan de salud.

Cuáles son sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Tiene derecho a pedir que se restrinjan** los usos o divulgaciones de su información de tratamientos, pagos o procedimientos de cuidado de la salud. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones de información a miembros de la familia o a otros que estén involucrados en su cuidado de la salud o en el pago del mismo. Es posible que también tengamos reglas sobre acceso de parte de dependientes, que autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga presente que si bien aceptamos solicitudes que sean congruentes con nuestras políticas e intentamos cumplir su solicitud, no tenemos el requerimiento de aceptar ninguna restricción.**
- **Usted tiene derecho a solicitar que se le envíen comunicaciones con información confidencial** de manera diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, que se le envíe la información a una casilla postal en lugar de su domicilio). Aceptaremos todas aquellas solicitudes sensatas en que, si procedemos de otra manera, la divulgación de la totalidad o una parte de su información de salud pudiera ponerlo en peligro. En ciertos casos, aceptaremos su solicitud verbal para recibir información confidencial. Sin embargo, también podríamos exigir que confirme su solicitud por escrito. Asimismo, cualquier solicitud de modificar o cancelar una solicitud previa de información confidencial debe hacerse por escrito. Envíe por correo su solicitud a la dirección indicada más abajo.
- **Tiene derecho a ver y a obtener una copia** de cierta información de salud suya que tenemos en nuestro poder, por ejemplo, reclamos y registros tanto de la gestión médica como de los casos médicos. Si tenemos su información de salud en formato electrónico, usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos una copia de dicha información en formato electrónico. También puede solicitar que le proporcionemos una copia de su información a una tercera persona que usted seleccione. En algunos casos es posible que reciba un resumen de esta información de salud. Debe hacer una solicitud por escrito para poder inspeccionar y copiar su información de salud o pedir que se la envíen a una tercera persona. Envíe por correo su solicitud a la dirección indicada más abajo. En ciertos casos limitados, podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si denegamos su solicitud, puede tener derecho a solicitar que se revise la negación. Es posible que cobremos un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a solicitar que se enmiende** cierta información de salud suya que tenemos en nuestro poder (por ejemplo, reclamos y registros tanto de la gestión médica como de los casos médicos) si cree que su información de salud es errónea o incompleta. Su solicitud debe hacerla por escrito y debe incluir las razones para solicitar la enmienda. Envíe por correo su solicitud a la dirección indicada más abajo. Si negamos su solicitud, puede pedir que su información de salud incluya una declaración de su desacuerdo.
- **Tiene derecho a recibir una explicación** de ciertas divulgaciones de su información que hemos hecho durante los seis años previos a su solicitud. Esta explicación no incluirá las divulgaciones de información hechas: i) con fines de tratamiento, pago y procedimientos de cuidado de la salud; ii) a usted o conforme a su autorización; iii) a instituciones correccionales

o agentes del orden público; y iv) otras divulgaciones por las que la ley federal no nos exige presentar una explicación.

- **Tiene derecho a una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aunque haya consentido en recibir este aviso en formato electrónico, igual tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Si tenemos un sitio web, publicaremos ahí el aviso actualizado. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web **www.EricksonAdvantage.com**.

Cómo ejercer sus derechos

- **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener información sobre cómo ejercer sus derechos, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud, o bien **puede comunicarse con un Representante del Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-314-8188 (TTY/RTT 711).**
- **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Usted puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluso modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitar enmiendas a su registro. Envíelas a la siguiente dirección:

  UnitedHealthcare Privacy Office
  PO Box 1459
  Minneapolis, MN 55440

- **Cómo presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentarnos una queja en la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar su queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No emprenderemos ninguna acción en contra suya por presentar una queja.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LEA ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021

Nos[2] hemos impuesto el compromiso de mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, la frase “información financiera personal” significa información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de cuidado de la salud que identifica a la persona y que, por lo general, no está a disposición del público y que se recaba de la persona o se obtiene en relación con la prestación de cuidado de la salud a la persona en cuestión.

Información que recopilamos

Según sea el producto o servicio que usted tenga de nosotros, puede ser que recolectemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que usted nos envía en solicitudes o en otros formularios, por ejemplo, nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre las transacciones que ha hecho con nosotros y con nuestras afiliadas o terceros, por ejemplo el pago de primas y el historial de reclamos.
- Datos provenientes de una agencia de información acerca de la solvencia de los consumidores.

Divulgación de la información

No divulgamos a ninguna otra persona la información financiera personal de nuestros afiliados o ex afiliados, excepto si la ley así lo exige o permite. Por ejemplo, en el ejercicio de nuestras actividades en general podemos divulgar cualquier dato de la información financiera personal que recolectamos de usted, sin necesitar autorización suya y según lo permita la ley, a las instituciones siguientes:

- Nuestras afiliadas corporativas, que incluye proveedores de servicios financieros (como otras aseguradoras) y compañías ajenas al ámbito financiero (como procesadoras de datos).
- Compañías no afiliadas para atender nuestras actividades comerciales cotidianas, como la tramitación de sus transacciones, el mantenimiento de sus cuentas o la respuesta a órdenes e investigaciones judiciales.
- Compañías no afiliadas que nos prestan servicios, entre otros, el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad

Tenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimientos, de conformidad con las normas estatales y federales pertinentes, a fin de proteger su información financiera contra riesgos tales como pérdida, destrucción o abuso Estas medidas incluyen salvaguardas computacionales, archivos y edificios seguros y restricciones sobre quién puede tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso

Si tiene preguntas sobre este aviso, **llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud, o bien puede comunicarse con el Servicio al Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-314-8188 (TTY/RTT 711)**.

---

[2] A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 2, al inicio de la página cuatro de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Medication Management dba Genoa Medication Management Solutions; Optum Global

Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women's and Children's Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Renai Health IPA, LLC' Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; Savvysherpa Administrative Services, LLC; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones para las entidades o productos de seguros de salud cubiertos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

© 2020 United HealthCare Services, Inc.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de una forma que sea adecuada para usted. Por ejemplo, información en otros idiomas además del inglés, así como también en letras grandes y otros formatos alternativos.)

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía):

- **Información acerca de nuestro plan**. Por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. O bien, información sobre el número de apelaciones presentadas por los miembros y las evaluaciones de desempeño del plan; incluye también las evaluaciones de parte de los miembros del plan e información sobre cómo se compara este plan con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestra red de proveedores incluidas las farmacias de la red**.
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de parte nuestra acerca de la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias que son parte de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Puede encontrar una lista de los proveedores de la red del plan en el **Directorio de Proveedores**.

- Puede encontrar una lista de las farmacias de la red del plan en el **Directorio de Farmacias**.
- Si desea información más detallada sobre proveedores del plan o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía) o visite nuestro sitio web en www.EricksonAdvantage.com.

- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de esta guía se explica qué servicios médicos están cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.
  - Para la información detallada de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta guía y la **Lista de Medicamentos cubiertos** del plan, los cuales indican los medicamentos que están cubiertos, explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
- **Información sobre los servicios que no están cubiertos y qué puede hacer usted al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna limitación, puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener una explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué cuidado médico o medicamento de la Parte D tiene cobertura, usted tiene derecho a pedir que modifiquemos nuestra decisión. Pida que cambiemos nuestra decisión mediante una apelación. Para más información sobre qué debe hacer si algún servicio no tiene la cobertura que usted cree que debería tener, consulte el Capítulo 9 de esta guía. Este capítulo indica los detalles para presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión (el Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los periodos de espera y otros problemas que haya tenido).
  - Si desea pedir al plan el pago de nuestra parte de una factura que haya recibido por cuidados médicos o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de esta guía.

Sección 1.5 Tiene derecho a participar, junto con los profesionales del cuidado de la salud, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas, o médicamente necesarias, para su condición médica, independientemente del costo o de la cobertura.

Usted tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado médico

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando acuda a recibir sus servicios. Los proveedores deben explicarle su condición de salud y las opciones de tratamiento **de una manera clara y sencilla.**

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con los médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, usted tiene derecho a:

- **Conocer todas sus opciones.** Significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin tener en cuenta el costo o si están cubiertas o no por nuestro plan. También significa que debe recibir información de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y que los usen de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre cualesquier riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar anticipadamente si algún cuidado médico o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a "negarse" a recibir tratamientos.** Usted tiene derecho a rechazar cualquiera de los tratamientos recomendados. Incluido el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, aún si el médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su organismo como resultado de esta decisión.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para el cuidado de la salud.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega cuidados médicos que usted piensa que tiene derecho a recibir. Para recibir este documento explicativo, necesitará pedir una decisión de cobertura. Capítulo 9 de esta guía tiene instrucciones para que usted solicite una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre sus deseos, si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas pierden sus facultades para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por ellos mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar su voluntad sobre lo que desea que ocurra si se encontrara en esta situación. En otras palabras, **si usted lo desea**, puede:

- Completar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted,** si llegara aquedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de sus cuidados médicos, si llegara a quedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.

Los documentos legales que puede usar para incluir instrucciones previas en estos casos se llaman **"instrucciones por anticipado."** Hay diferentes tipos de "instrucciones por anticipado" y reciben distintos nombres. Los documentos conocidos como **"testamento en vida" y "poder legal para cuidado de la salud"** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea usar el documento instrucciones por anticipado para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea preparar este documento, obtenga el formulario de su abogado, de su trabajador social o en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones por anticipado en organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede pedir al Servicio al Cliente que le ayude a conseguir este formulario.
- **Complete y firme el documento.** Sin importar dónde haya obtenido el documento, tenga presente que se trata de un documento legal. Posiblemente desee consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas interesadas.** Entregue una copia de las instrucciones por anticipado a su médico y a la persona que usted ha nombrado en el formulario como aquella que tomará decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Además, tal vez desee dar copias a amigos íntimos o a miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en un lugar seguro.

Si se entera con anticipación que lo van a hospitalizar y ya ha firmado las instrucciones por anticipado, **lleve una copia consigo al hospital.**

- **Si** es hospitalizado, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo trajo con usted.
- **S**i no ha firmado el formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es decisión suya si desea completar o no las "instrucciones por anticipado" (incluso si quiere firmar dichas instrucciones si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidados médicos ni discriminarlo por haber firmado o no las "instrucciones por anticipado".

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un formulario de Instrucciones por Anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia correspondiente de su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su estado. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener información de contacto de la agencia específica que corresponde a su estado.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas o dudas sobre los servicios o los cuidados con cobertura, el Capítulo 9 de esta guía indica qué puede hacer. También contiene información sobre cómo proceder con todo tipo de problemas y quejas. El procedimiento para un seguimiento del problema o duda dependerá de la situación. Posiblemente desee pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura,

presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, desde solicitar que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **tenemos la obligación de tratarle de una manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si piensa que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos?

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo , edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Otro tipo de problema

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados, **y** esta cuestión **no** es respecto a discriminación, obtenga ayuda para tratar el problema de la siguiente manera:

- Llame al **Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
- **Llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Si prefiere, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de la organización que tienen que ver con derechos y responsabilidades de los miembros. ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- **Llamar al Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
- Si desea información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a un plan de salud específico, llame al Servicio al Cliente, el número de teléfono aparece al reverso de su tarjeta de ID de miembro. También puede obtener esta información en el sitio web (https://www.uhcmedicaresolutions.com/health-plans/medicare-advantage-plans/

resources-plan-material/ma-medicare-forms). Haga clic en el enlace “Commitment to Quality” (Compromiso con la calidad).

- Usted puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).**Para obtener información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Llame a **Medicare.**
  - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (Puede encontrar esta publicación en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
  - O bien llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Responsabilidades de los miembros del plan

A continuación se detallan las responsabilidades que usted tiene como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía). Estamos a sus órdenes.

- **Familiarícese con la cobertura de sus servicios y con las reglas que debe cumplir para que tengan cobertura servicios**. Use esta guía de **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios tienen cobertura y las reglas que debe cumplir para que sus servicios reciban cobertura.
  - Los Capítulos 3 y 4 detallan los servicios médicos, incluidos los servicios que tiene y no tienen cobertura, las reglas a seguir y las cantidades que le corresponden pagar a usted.
  - Los Capítulos 5 y 6 detallan la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de la que ofrece nuestro plan, usted tiene la obligación de hacérnoslo saber.** Llame al Servicio al Cliente para proporcionar esta información (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
  - Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para garantizar que usted está utilizando su cobertura de manera combinada al recibir sus servicios que tienen cobertura de nuestro plan. Esto se denomina **“coordinación de los beneficios”** porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted tenga de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté a su disposición. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de sus beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Usted ayuda a sus médicos y a otros proveedores, siempre que proporciona la información correspondiente, hace preguntas y cumple con todas las indicaciones de su cuidado médico.**
  - Para que sus médicos y otros proveedores de salud puedan prestarle el mejor cuidado, esté enterado, en la medida de lo posible, de sus problemas de salud y proporcione la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan cuales medicamentos está tomando, incluidos los medicamentos comprados sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y proveedores de cuidado de la salud deben explicar las cosas de forma que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea respetuoso.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que haga posible el buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y de cualquier otra oficina.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Un requisito para ser miembro de nuestro plan, es que usted debe estar inscrito en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Para seguir siendo miembros del plan, algunos miembros deben pagar la prima de la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar la prima de la Parte B de Medicare.
  - En el caso de la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde al momento de recibir el servicio o medicamento. O sea, el copago (una cantidad fija) o el coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica la cantidad que debe pagar por los servicios médicos. El Capítulo 6 indica la cantidad que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura del plan ni de ningún otro seguro, usted debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla a fin de mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno a fin de poder mantener su membresía en el plan.

 Avísenos si se muda de casa. Si se va a mudar de casa, es importante que nos lo comunique inmediatamente. Llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 indica nuestra área de servicio). Si desea saber si su nueva dirección queda fuera de nuestra área de servicio, podemos ayudarle. Si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio, dispondrá de un Período de Inscripción Especial por el que puede

inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Le haremos saber si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía al día y saber cómo contactarlo.
- **Si** se muda, también es importante que de parte al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Encontrará los teléfonos y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Si tiene preguntas o dudas, llame al Servicio al Cliente.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfonos y el horario de atención del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de esta guía.
  - Si desea más información para comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

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

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

Sección 1 Introducción..... 4
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una duda..... 4
Sección 1.2 Términos legales usados..... 4

Sección 2 Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros..... 4
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 4

Sección 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar un problema?.....5
Sección 3.1 Elija entre el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones y el proceso para presentar quejas.....5

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones..... 6
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades.....6
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación..... 7
Sección 4.3 ¿Qué Sección de este Capítulo detalla su situación?..... 8

Sección 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones..... 8
Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea el reembolso de la parte del costo de su cuidado que paga el plan..... 8
Sección 5.2 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea).....10
Sección 5.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de cuidado médico tomada por nuestro plan).....13
Sección 5.4 Instrucciones paso a paso: Cómo se completa una apelación de Nivel 2.....17

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por cuidado médico?.....19

Sección 6 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación para los medicamentos con receta de la Parte D..... 20

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un pago por alguno de estos medicamentos..... 20

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?.....22

Sección 6.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones..... 24

Sección 6.4 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura o una excepción.....24

Sección 6.5 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)..... 28

Sección 6.6 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 30

Sección 7 Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente 33

Sección 7.1 En caso de una hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare con información sobre sus derechos..... 33

Sección 7.2 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....34

Sección 7.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....37

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se pasa de la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?..... 39

Sección 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....42

Sección 8.1 Esta Sección explica solamente tres servicios: Servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios 42

Sección 8.2 Le daremos aviso con anticipación la fecha en que terminará su cobertura..... 43

Sección 8.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su cuidado por un tiempo más largo.....43
Sección 8.4 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más largo.....46
Sección 8.5 ¿Qué sucede si se pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?.....47

Sección 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros Niveles superiores.....50
Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos.....51
Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D..... 52

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.....53
Sección 10.1 Problemas que se abordan en el proceso de quejas.....54
Sección 10.2 En términos formales, “presentar una queja” se llama “presentar una queja formal”.....55
Sección 10.3 Instrucciones paso a paso: Quejas..... 55
Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....57
Sección 10.5 Comparta su queja con Medicare.....57

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una duda

Este Capítulo explica los dos procesos para tratar problemas y dudas según corresponda:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar la imparcialidad y el tratamiento oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que deben ser cumplidos tanto por nosotros como por usted.

¿Cuál proceso debe utilizar? El proceso a usar dependerá del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 Términos legales usados

Ciertos términos legales hacen referencia a algunas de las reglas, procedimientos y fechas límite que se explican en este Capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos por la mayoría de la gente y, por lo tanto, son difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más comunes en lugar de usar términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También emplea abreviaturas en la menor medida posible.

Sin embargo, sería de utilidad –y hasta muy importante– que usted sepa cuáles son los términos legales correctos para la situación en que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa para tratar su problema y obtendrá la ayuda o información correcta de acuerdo con su situación. A lo largo del Capítulo encontrará los términos legales correspondientes a los detalles para tratar situaciones específicas.

Sección 2 Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Por una parte, puede ser confuso iniciar el proceso para tratar un problema o darle seguimiento. Esto es especialmente cierto si no goza de buena salud o tiene poca energía. Por otra, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales

Nosotros estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Aunque, es muy probable que en algunas situaciones también desee contar con la ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Para esto, usted puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros, con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los consejeros del programa le ayudarán a elegir el proceso que debe utilizar para tratar algún problema. También responderán sus preguntas, le darán información adicional y orientación sobre los pasos que debe seguir.

Los servicios de los consejeros de Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía.

Obtenga ayuda e información a través de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, comuníquese con Medicare. Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Sección 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar un problema?

Sección 3.1 Elija entre el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones y el proceso para presentar quejas

Si tiene algún problema o duda, solamente lea las partes de este Capítulo correspondientes a su situación. La siguiente guía le será de mucha utilidad.

Si desea saber qué parte de este Capítulo tiene información para resolver su problema o duda en particular, **COMIENCE AQUÍ:**

¿Se relaciona su problema o duda con sus beneficios o con su cobertura?	
(Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de un cuidado médico o un medicamento con receta en particular, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.)	
Sí. Mi problema se relaciona con beneficios o con cobertura.	**No.** Mi problema no está relacionado con beneficios ni con cobertura.

Consulte la **Sección 4** de este Capítulo, **titulada "Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones".**	Consulte la **Sección 10** al final de este Capítulo, **"Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades

El proceso para decisiones de cobertura y presentar apelaciones se refiere a problemas relacionados con los beneficios y con la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos problemas relacionados con el pago de los servicios. Se trata del proceso usado para resolver casos en los que una condición médica tiene cobertura o no y hasta qué grado tiene cobertura.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable), en su nombre, cada vez que usted recibe cuidado de este médico, o siempre que el médico de la red lo refiera a un especialista. Usted o su médico puede comunicarse con el plan y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a prestarle cuidado médico que usted considera necesario. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que ya no se lo cubre Medicare . Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede apelar la decisión. Una apelación es el mecanismo formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si apela una decisión por primera vez, está realizando una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si acatamos todas las reglas debidamente. Los revisores que manejan su apelación son distintos de los que tomaron la

decisión desfavorable original. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertos casos, que explicaremos más adelante, usted puede pedir una "decisión de cobertura rápida" o bien una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros realiza la Apelación de Nivel 2. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. . En otras situaciones, usted deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales.

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

¿Desearía recibir ayuda? Estos son recursos que tal vez le convenga usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o si apela una decisión:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía).
- Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
  - Si se trata de cuidado médico o de medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega al Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para presentar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
  - Si se trata de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar, en nombre suyo, una decisión de cobertura o pueden presentar una apelación de Nivel 1 o 2. Para presentar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe estar designado como su representante .
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre suyo.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que haya alguien que ya está legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley de su Estado.
  - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, o que otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la cubierta posterior de esta guía) y solicite el formulario "Designación de Representante". También puede conseguir el formulario en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en nombre suyo. Debe ser firmado por usted y por la persona que a usted le gustaría que actúe en nombre suyo. Usted debe entregar a nosotros una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en nombre suyo.** Puede contratar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación local de abogados o de algún otro servicio de referencia. También hay grupos que le darán servicios jurídicos gratis si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué Sección de este Capítulo detalla su situación?

Hay cuatro diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada caso tiene distintas reglas y fechas límite, damos los detalles de cada caso en una Sección aparte:

- **Sección 5** de este Capítulo: "Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este Capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este Capítulo: "Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente"
- **Sección 8** de este Capítulo: "Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto" (**Solamente en el caso de estos servicios**: servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios)

Si todavía no está seguro de qué Sección debe leer, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como por ejemplo, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía tiene los números de teléfono de este programa).

Sección 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo, titulada (Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo ha hecho, sería recomendable que la leyera antes de empezar esta Sección.

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea el reembolso de la parte del costo de su cuidado que paga el plan

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de cuidado médico" o "cuidado

médico" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "cuidado médico o tratamiento médico o servicios médicos" en cada caso. El término "cuidado médico" incluye artículos y servicios médicos, además de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo son diferentes las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta Sección indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y usted cree que el cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que el cuidado está cubierto por el plan.
3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, pero hemos denegado pagar el cuidado.
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, y desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del cuidado.
5. Se le ha indicado que la cobertura de cierto cuidado médico previamente aprobado que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted piensa que la reducción o suspensión de dicho cuidado podría perjudicar su salud.
   - **NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es por cuidado hospitalario, cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios,** debe leer otra Sección de este Capítulo que contiene las reglas especiales que se aplican a estos cuidados. Para estas situaciones recomendamos que lea:
     - La Sección 7 del Capítulo 9: **Cómo solicitar la cobertura de una estadía en hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le da alta prematuramente.**
     - La Sección 8 del Capítulo 9: **Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto**. Esta Sección solamente cubre tres tipos de servicios: cuidado de la salud a domicilio, cuidados en un centro de enfermería especializada y servicios en centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios.
   - Para **todas las demás** situaciones en que le hayan informado que se suspenderá el cuidado médico que ha estado recibiendo, lea la (Sección 5) para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Situación:	Qué puede hacer:
Para saber si cubriremos el cuidado médico que desea recibir.	Solicite una decisión de cobertura. Consulte la **Sección 5.2** de este Capítulo.

Situación:	Qué puede hacer:
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico en la manera que usted desea.	Presente una **apelación**. (Esto significa que usted pide que reconsideremos la decisión tomada). Consulte la **Sección 5.3** de este Capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de cuidado médico que ya recibió y pagó.	Envíenos la factura. Consulte la **Sección 5.5** de este Capítulo.

Sección 5.2 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos legales	Si una decisión de cobertura se relaciona con el cuidado médico, se llama **"determinación de la organización".**

1 Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura con respecto al cuidado médico que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una **"decisión de cobertura rápida."**

Términos legales	Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación rápida".**

Cómo solicitar cobertura para el cuidado médico que usted quiere

- Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para presentar su solicitud y autoricemos o demos cobertura al cuidado médico que usted quiere. Usted, su médico o su representante puede encargarse de hacer esto.
- Los detalles para comunicarse con el plan se encuentran en la Sección 1 del Capítulo 2. Busque la Sección titulada **Cómo comunicarse con el plan para solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico.**

Generalmente, aplicamos las fechas límite estándar para tomar nuestra decisión

Para tomar una decisión, aplicaremos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos aceptado utilizar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud es **para obtener un**

medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo, si la solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información adicional (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pudiera beneficiarle. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
- **Si** usted cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja de tramitación rápida" contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (El proceso para presentar quejas es distinto al proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

Si su estado de salud lo requiere, puede solicitarnos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.**
  - **Sin embargo,** si la solicitud es **para obtener un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicosde proveedoresfuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
  - Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja de tramitación rápida" contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita cobertura para cuidado médico **que aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es para el pago de cuidado médico que usted ya recibió.)
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si la aplicación de las fechas límite estándar **pudiera causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", concederemos la decisión automáticamente.**
- **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 decidimos que su condición de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de confirmación de esto (y utilizaremos las fechas límite estándar).
- Esta carta indicará que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión.
- La carta también indicará cómo puede presentar una queja de tramitación rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

2 Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura rápida de una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, en ciertas circunstancias, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si necesitamos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
  - Si cree que **no** deberíamos tomar más días, puede presentar una "queja de tramitación rápida" contra el hecho de que nuestra decisión necesitará más días. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o, si el período se extiende, al terminar dicho plazo extendido), o 24 horas si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3, a continuación, explica cómo presentar una apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra negativa.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar"

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura estándar, si se trata de una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, le daremos respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.** Si su solicitud es para obtener un

medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en **un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- Si se trata de una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, bajo ciertas circunstancias podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (es decir, "un período prolongado"). Si necesitamos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si cree que **no** deberíamos tomar más días, puede presentar una "queja de tramitación rápida" contra el hecho de que nuestra decisión necesitará más días. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)
- Si no le damos respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario (o, si hay un período prolongado, al finalizar este período), o 72 horas si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3, a continuación, explica cómo presentar una apelación.

- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra negativa.

3 Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y que posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos. En otras palabras, presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de cuidado médico que desea.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de cuidado médico tomada por nuestro plan)

Términos legales	Una apelación presentada al plan contra una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama "reconsideración **"** del plan.

1 **Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta una apelación.** Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe presentar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para empezar el proceso de apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con el plan.** Si desea obtener más información para comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada **Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico.**
- **Si solicita una apelación estándar, haga su solicitud por escrito.**
  - Si una persona distinta a su médico va a apelar nuestra decisión en su nombre, la apelación debe incluir el formulario "Nombramiento de representante", en el que autoriza a esta persona para que lo represente. Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la cubierta posterior de esta guía) y solicite el formulario "Nombramiento de Representante". También puede conseguirlo en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o terminar la revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (el plazo para tomar la decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho de solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si se trata de una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llámenos** al número de teléfono indicado en la Sección 1 del Capítulo 2 **(Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación o queja sobre su cuidado médico).**
  - Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un ejemplo de una buena razón para se le haya pasado la fecha límite es si usted sufrió una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar la solicitud de apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a pedir una copia de la información referente a su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden aportar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, presente una apelación rápida (hágalo con una llamada telefónica)

Términos Legales	La “apelación rápida” también se llama **“reconsideración rápida”.**

- Si apela nuestra decisión sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. (Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida que se proporcionaron anteriormente en esta Sección.)
- Si su médico indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.

2 Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos una vez más, de manera meticulosa, toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de cuidado médico. Esta revisión tiene como fin determinar si acatamos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, nos comunicaremos con usted o con su médico para solicitar más información.

Fechas límite de una apelación “rápida”

- Si usamos fechas límite rápidas, debemos darle respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud nos exige que así lo hagamos.
  - Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos conseguir más información que pudiera beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 de Apelación del proceso de apelación.

- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite de una apelación "estándar"

- Si usamos fechas límite estándar y si su apelación es por cobertura de servicios que aún no ha recibido, debemos darle respuesta a su solicitud para obtener un artículo o servicio médico **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto si su estado de salud nos exige que así lo hagamos.
  - Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
  - Si cree que **no** deberíamos tomar más días, puede presentar una "queja de tramitación rápida" contra el hecho de que nuestra decisión necesitará más días. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente mencionado anteriormente (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales en su solicitud para obtener un artículo o servicio médico), se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 30 días calendario** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, o en un plazo no mayor de 7 días calendario si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

3 **Paso 3: Si nosotros denegamos de manera total o parcial su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.**

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **nuestro plan tiene la obligación de enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente Nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones paso a paso: Cómo se completa una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente Nivel del proceso de apelación. En la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros respecto a su primera apelación. Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le identifica con la sigla inglesa "IRE".

1 Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta Organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. A esta información se le llama su "expediente". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es para obtener un

medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Si su apelación fue "estándar" en el Nivel 1, también será "estándar" en el Nivel 2

- Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, automáticamente será estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la organización de revisión responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de haberla recibido. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario, después de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

2 Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le hará saber su decisión por escrito y le explicará las razones de dicha decisión.

- **Si la Organización de Revisión acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico,** y si se trata de solicitudes estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas, o proveer el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario, después de que recibamos la decisión de la organización. Si se trata de solicitudes rápidas, el plazo no debe ser mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la organización.
- **Si la organización de revisión acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, y si se trata de solicitudes estándar, debemos autorizar o proveer dicho medicamento con receta de la Parte B en un plazo no mayor de 72 horas, después de que recibamos la decisión de la organización. Si se trata de solicitudes rápidas, el plazo no debe ser mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión de la organización.
- **Si esta Organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con nosotros en que la totalidad de su solicitud de cobertura de cuidado médico (o una parte de su solicitud) no debe aprobarse. (Esto se llama "ratificación de la decisión". También se llama "declinación de su apelación".)
  - Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión" tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de cuidado médico que está solicitando debe cumplir con cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no

puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es final. El aviso escrito que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará cómo averiguar el valor monetario mínimo necesario para continuar con el proceso de apelación.

3 **Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere llevar su apelación al siguiente Nivel.**

- Hay tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco Niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la Apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por cuidado médico?

Si quiere solicitarnos el pago del cuidado médico, empiece por leer el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos**. El Capítulo 7 describe las situaciones en que es posible que tenga que pedir un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en que se nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedir una decisión de cobertura a nosotros

Si nos envía la documentación que pide el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información con respecto a las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este Capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos que el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: **Tabla de Beneficios Médicos [qué cubre el plan y qué paga usted])**. También comprobaremos que usted siguió todas las reglas de uso de su cobertura de cuidado médico (estas reglas están incluidas en el Capítulo 3 de esta guía: **Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**).

Aceptaremos o denegaremos su solicitud

- Si el cuidado médico que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. De otra manera, si todavía no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de que enviemos el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.)
- Si el cuidado médico **no** está cubierto, o si no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios e incluirá las

razones detalladas del porqué. (El hecho de que declinemos su solicitud de pago es lo mismo que **denegar** su solicitud de una decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita un pago y nosotros nos negamos?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. En esta Sección encontrará las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga presente lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos dar nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos pide que le reembolsemos el pago de un cuidado médico que usted ya ha recibido y ha pagado usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de Revisión Independiente anula nuestra decisión de negar el pago, debemos enviar el pago que usted ha solicitado, bien sea a usted mismo o al proveedor, en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado, bien sea a usted mismo o al proveedor, en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 6 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo, titulada (Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo ha hecho, le invitamos a que la lea antes de empezar esta Sección.

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un pago por alguno de estos medicamentos

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** de nuestro plan. Para tener cobertura, debe usar el medicamento conforme a una indicación médicamente aceptada. (La frase “indicación médicamente aceptada” significa que el uso de un medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la información adicional sobre indicaciones médicamente aceptadas en la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta Sección únicamente se refiere a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usaremos "medicamento" en el resto de esta Sección, en vez de repetir "medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más información sobre lo que queremos decir por medicamentos de la Parte D, la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario),** las reglas y restricciones de cobertura, y la información de los costos, consulte el Capítulo 5 (**Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D)** y el Capítulo 6 **(Costo de los medicamentos con receta de la Parte D).**

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se indicó en la Sección 4 de este Capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales	La decisión de cobertura inicial con respecto a sus medicamentos de la Parte D es lo que se llama **"determinación de cobertura".**

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede pedirnos que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Usted solicita una de las excepciones siguientes:
  - Pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan
  - Pide que no apliquemos alguna restricción del plan a la cobertura de un medicamento (por ejemplo, los límites en la cantidad de medicamento que usted puede obtener),
  - Pide que paguemos un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel más alto de costo compartido.
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto y si usted cumple todas las reglas de cobertura pertinentes. Por ejemplo, si su medicamento está en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan, pero requerimos que usted obtenga nuestra aprobación a fin de que le cubramos el medicamento.
  - **Tenga en cuenta:** Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted solicita que paguemos el costo de un medicamento recetado que ya compró. Esta sería una solicitud para que le proporcionemos una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si no está de acuerdo con alguna decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla.

A continuación indicamos cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla siguiente como ayuda para determinar en qué Sección puede encontrar la información para su situación:

¿Cuál es su situación?

Situación:	Qué puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Solicite una excepción. (Esta es una decisión relacionada con la cobertura). Consulte la **Sección 6.2** de este Capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener preaprobación) para el medicamento que necesita.	Solicite una decisión de cobertura. Consulte la **Sección 6.4** de este Capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Solicite que le reembolsemos la cantidad del pago. (Esta es una decisión relacionada con la cobertura). Consulte la Sección **6.4** de este Capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.	Presente una apelación. (Esto significa que usted pide que reconsideremos la decisión tomada). Consulte la **Sección 6.5** de este Capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma como a usted le gustaría que lo fuera, pude pedir al plan que haga una “excepción”. Una excepción es una decisión relacionada con la cobertura. De la misma manera que otras decisiones relacionadas con la cobertura, si denegamos su solicitud para una excepción, usted puede apelarla.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Con base en esto, consideraremos su solicitud. Los siguientes son tres ejemplos de excepciones que usted mismo, su médico u otro profesional que receta, pueden solicitar:

1. **Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos).**

Términos Legales	Solicitar la cobertura de un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos es lo que se llama **“excepción del Formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar el costo compartido que corresponde a los medicamentos en el Nivel 4. No podrá pedirnos una excepción para el copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

2. Que eliminemos una restricción en la cobertura de un medicamento cubierto. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario).** (Consulte la Sección 4 del Capítulo 5 para obtener más información).

Términos Legales	Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es lo que se llama **"excepción del Formulario".**

- Entre las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos se incluyen:
  - **Obtener la aprobación del plan por adelantado** a fin de que aceptemos cubrir el medicamento. (Este paso a veces se llama "autorización previa").
  - **Tener que probar primeramente un medicamento diferente** a fin de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. (A este procedimiento a veces se llama "terapia escalonada").
  - **Límites de cantidad.** En el caso de algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción, puede pedir que se haga una excepción para el copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más pequeño sea el número del nivel de costo compartido, menor será lo que le corresponde pagar del costo del medicamento.

Términos Legales	Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferente cubierto es lo que se llama pedir una **"excepción de Nivel".**

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para el tratamiento de su condición médica que se encuentran en un nivel con un costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde a esos medicamentos alternativos. Esto reduciría la parte que le corresponde del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su condición.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su condición.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga medicamentos, genéricos o de marca, alternativos para el tratamiento de su condición.
- Usted no puede solicitar que cambiemos el Nivel de costo compartido de ninguno de los medicamentos incluidos en el Nivel 5 que es el Nivel correspondiente a medicamentos de especialidad.

- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay varios niveles que contienen medicamentos alternativos que usted no puede tomar y que les corresponde un costo compartido más bajo, generalmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta debe entregar una declaración en la que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Si desea que tomemos una decisión con más rapidez, incluya esta información cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un solo medicamento para tratar una condición en particular. A estos medicamentos se les llama “alternativos”. Por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud. 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 le den el mismo resultado o probablemente le causen una reacción adversa u otro daño.

Nosotros podemos aprobar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, la aprobación normalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento y que este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de la decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 explica cómo presentar una apelación si denegamos su solicitud.

La siguiente Sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluidas las excepciones.

Sección 6.4 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura o una excepción

1

<u>Paso 1:</u> Usted solicita al plan que tome una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “decisión de cobertura rápida”. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Para presentar su solicitud llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) puede encargarse de hacer esto. Si prefiere, consulte el proceso para decisiones de cobertura en nuestro sitio web. Consulte los detalles en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la

Sección titulada **Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D**. O, si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento, consulte la sección titulada **A dónde debe enviar su solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió.**

- **Usted, su médico u otra persona que actúe a nombre suyo** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este Capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a otra persona para que actúe como su representante. O si prefiere, puede contratar a un abogado para que actúe a nombre suyo.
- **Si desea pedirnos el reembolso del pago de un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos.** El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales es posible que necesite solicitar un reembolso. También explica qué documentación debe enviarnos junto con su solicitud para que le reembolsemos el pago correspondiente a nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya comprado.
- **Si solicita una excepción, adjunte la "declaración de respaldo".** Su médico u otro profesional que receta debe darnos las razones médicas de la excepción de medicamento que está solicitando. (A este documento se le llama "declaración de respaldo"). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta puede explicarnos las razones por teléfono y luego, si fuera necesario, enviar por correo la declaración escrita. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Tenemos la obligación de aceptar toda solicitud presentada por escrito,** incluso las presentadas en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS o en el formulario del plan. Ambas están disponibles en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, puede solicitarnos una "decisión de cobertura rápida"

Términos Legales	Una "decisión de cobertura rápida" también se llama **"determinación de cobertura de tramitación rápida".**

- Para tomar una decisión, aplicaremos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Por decisión de cobertura rápida se entiende que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si la solicita para obtener un **medicamento que aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si la aplicación de las fechas límite estándar **pudiera causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**

- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", concederemos la decisión automáticamente.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de confirmación de esto (y utilizaremos las fechas límite estándar).
  - Esta carta indicará que si su médico u otro profesional que receta solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión.
  - La carta también indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Explicará cómo presentar una queja de tramitación rápida, lo que significa que obtendrá una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido su queja. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

2 Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura rápida

- Si usamos las fechas límite rápidas, deberá recibir nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa un plazo no mayor de 24 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud amerita que así lo hagamos.
- Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud,** debemos proveer la cobertura de cuidado médico que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Fechas límite para decisiones de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa un plazo no mayor de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud amerita que así lo hagamos.
- Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud:**
  - Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos aceptado proveer **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó,** también se nos exige que realicemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

3 Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y que posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales	Una apelación presentada al plan para una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es lo que se llama **"redeterminación"** de parte del plan.

1 Paso 1: Usted se comunica con el plan y presenta una Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe presentar una "apelación rápida".

Qué debe hacer

- Para empezar el proceso de apelación, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con el plan.
  - La información para comunicarse con nosotros por teléfono, por fax, por correo o en nuestro sitio web, para cualquier asunto relacionado con su apelación, se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1, **Cómo comunicarse con el plan, si desea presentar una apelación o una queja con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D.**
- **Si solicita una apelación estándar, haga su solicitud por escrito**.
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o llamando al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2, (Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D).**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario**, a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos como respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se pasa de esta fecha límite y tiene una buena razón para que esto haya ocurrido, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un ejemplo de una buena razón para se le haya pasado la fecha límite es si usted sufrió una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar la solicitud de apelación.
- Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.
  - Usted tiene derecho a pedir una copia de la información referente a su apelación.

- Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden aportar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos Legales	Una "apelación rápida" también se llama **"redeterminación de tramitación rápida".**

- Si apela la decisión del plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta tendrán que decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" y se indican en la Sección 6.4 de este Capítulo.

2 Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos meticulosamente una vez más toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Esta revisión tiene como fin determinar si acatamos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para presentar una apelación "rápida"

- Si usamos fechas límite rápidas, debemos darle respuesta en **un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud nos exige que así lo hagamos.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite de una apelación "estándar"

- Si usamos fechas límite estándar, debemos darle respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación sobre un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y

su estado de salud requiere que lo hagamos. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación "rápida".

- Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura que hemos aceptado proveer tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle el pago de un medicamento que ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma sección, hablaremos de esta agencia de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

3 Paso 3: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra.
- Si decide presentar otra apelación, entonces su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (lea a continuación).

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

Si denegamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra apelación. Si decide presentar una Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión

Independiente revisará nuestra decisión de denegar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería modificarse.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE.”

1 Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, o su representante o su médico u otro profesional que receta, debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar la revisión de su caso

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, la carta que reciba de nosotros incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quiénes pueden presentar una apelación de Nivel 2, qué fechas límite se deben acatar y cómo comunicarse con la Organización de Revisión.
- Cuando usted presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. La información que enviemos es su “expediente”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- También tiene derecho a entregar información adicional para respaldar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.

2 Paso 2: La Organización de Revisión Independiente evalúa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental**. La Organización es una compañía elegida por Medicare para revisar las decisiones sobre beneficios de la Parte D de nuestro plan.
- Los evaluadores de la Organización de Revisión Independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación y le hará saber su decisión por escrito con una explicación de las razones para ello.

Fechas límite para una apelación rápida de Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si la Organización de Revisión acepta tramitar la apelación rápida, recibirá una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas,** a partir de la fecha de recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de manera total o parcial su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamento aprobada por la organización de revisión en un **plazo no mayor de 24 horas,** a partir de la fecha en que recibamos la decisión que la Organización haya tomado.

Fechas límite de una apelación estándar de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe darle respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario, después de que reciba su apelación sobre un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la Organización **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que en que recibamos la decisión tomada.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud para que se le reembolse el pago de un medicamento que ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario,** a partir de la fecha en que recibamos la decisión tomada.

¿Qué pasa si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación?

Si la Organización deniega su apelación, esto significa que está de acuerdo con la decisión que el plan tomó de no aprobar su solicitud. (Esto es lo que se llama “corroboración de la decisión” o “declinación de apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente ratifica la decisión, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita debe tener un valor mínimo a fin de poder presentar la apelación en el Nivel 3. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar la apelación de Nivel 3 y la decisión del Nivel 2 será la final. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito el valor monetario disputado para poder continuar con el proceso de apelación.

3 Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que solicita cumple los requisitos, usted elige si desea presentar su apelación en el siguiente Nivel.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, (para un total de cinco Niveles de apelación)
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con este proceso, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles para hacerlo se encuentran en el aviso escrito que reciba con la decisión de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7 Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente

Si se le interna en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar la lesión o la enfermedad. Para obtener más información sobre la cobertura de cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de beneficios médicos (qué cubre el plan y qué paga usted).**

Durante una estadía en el hospital con cobertura, el médico a cargo y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que se le dé de alta. También le ayudarán a hacer los arreglos necesarios para obtener el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- **La fecha de alta** equivale al día en que se le da de alta del hospital.
- Una vez que se fije la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- Si piensa que se le da de alta del hospital muy pronto, usted puede solicitar una estadía más prolongada y el plan procesará su solicitud. Esta Sección explica cómo presentar su solicitud.

Sección 7.1 En caso de una hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare con información sobre sus derechos

Durante una estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**. Todos los afiliados a Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son hospitalizados. Un empleado del hospital, por ejemplo el trabajador social o la enfermera, debe entregárselo en un plazo no mayor de dos días después de que lo admitan. Si no recibe el aviso, pídalo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Este aviso indica sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de una estadía en el hospital, según las recomendaciones del médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará su costo y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién la pagará.
   - Dónde reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si piensa que el hospital lo está haciendo demasiado pronto.

Términos Legales	El aviso por escrito de Medicare indica cómo **"solicitar una revisión inmediata."** Esta petición es el método formal y legal para solicitar que se aplace su fecha de alta. De esta manera, cubriremos su cuidado hospitalario por un tiempo más prolongado. (La Sección 7.2 a continuación, explica cómo solicitar una revisión inmediata.)

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme este aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.)
   - El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha en que se le dará de alta (su médico o el personal del hospital le harán saber esta fecha). El hecho de firmar de recibido el aviso **no significa** que usted acepta la fecha programada para su alta del hospital.
3. **Guarde su copia** del aviso ya que contiene información sobre cómo presentar una apelación (o cómo reportar una duda o un problema sobre la calidad del cuidado.
   - Si firma el aviso con más de 2 días de anticipación al día en que saldrá del hospital, recibirá otra copia antes de su fecha de alta programada.
   - Si desea una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia de este aviso en el internet, en el sitio www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que el plan cubra los servicios para pacientes hospitalizados por un tiempo más prolongado, debe utilizar el proceso de apelación para hacer su solicitud. Antes de empezar, esto es lo que necesita hacer y las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más abajo se explica cada uno de los pasos de los dos primeros Niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden al trámite.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta organización verifica si la fecha de alta es médicamente apropiada en su caso.

1 Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. La Organización es financiada por Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado de la salud de los afiliados a Medicare. La revisión incluye las fechas en que se les da de alta del hospital a los afiliados a Medicare.

Cómo comunicarse con esta Organización

- El aviso escrito que recibió **(Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)** indica cómo comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de salir del hospital y antes de la medianoche del día que le dan de alta. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que se fijó para que usted salga del hospital.)
  - Si cumple con este plazo permitido, podrá seguir hospitalizado **después** de la fecha de alta **sin que tenga que hacer un pago** mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple** con esta fecha límite, y decide seguir hospitalizado después de la fecha de alta programada, **usted pagará todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de esta fecha.

- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea apelar, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información acerca de este método alternativo para presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una revisión rápida:

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que en la apelación usted pide a la organización que se usen las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos Legales	Una **"revisión rápida"** también se llama **"revisión inmediata"** o **"revisión de tramitación rápida."**

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

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por razones de brevedad, nosotros los llamamos "revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) la razón por la cual piensa que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros le hemos entregado.
- A más tardar el mediodía del día después en que los revisores informen a nuestro plan que recibieron su apelación, usted también obtendrá un aviso por escrito con la fecha de alta programada y con una explicación de las razones por las cuales tanto su médico, como el hospital y nosotros pensamos que es correcto (o médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Términos Legales	El **"Aviso Detallado del Alta"** es como se llama la explicación por escrito respecto a su alta. Puede obtener una muestra de este aviso si llama a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O bien, puede ver un aviso de muestra en internet, en el sitio www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

3 **Paso 3: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará respuesta a su apelación en un plazo no mayor de un día entero, después de que obtenga toda la información necesaria.**

¿Qué pasa si su apelación es aceptada?

- Si la Organización de Revisión **acepta** su apelación, **nosotros debemos seguir prestando los servicios de cuidado para pacientes hospitalizados cubiertos durante todo el tiempo que dichos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que los servicios hospitalarios cubiertos tengan un límite. (Consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué pasa si su apelación es denegada?

- Si la Organización deniega su apelación, significa que la fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **la cobertura de sus servicios de cuidado para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día **después** de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.
- Si la Organización **deniega** su apelación y usted decide seguir hospitalizado, entonces **usted pagará el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

4 **Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación **y** usted sigue hospitalizado después de la fecha de alta programada, entonces puede presentar otra apelación. Esto significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación **y** usted sigue hospitalizado después de la fecha de alta programada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante este proceso, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización deniega su apelación de Nivel 2, usted pagará el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

1 **Paso 1: Usted debe ponerse en contacto nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión en un plazo no mayor de 60 días calendario después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si usted sigue hospitalizado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

2 **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizarán otra revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

3 **Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de que hayan recibido su solicitud para otra revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán su apelación y le harán saber el resultado.**

Si la Organización de Revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos continuar dando cobertura al cuidado que reciba como paciente hospitalizado, siempre y cuando sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponden y es posible que se apliquen ciertos límites a la cobertura.

Si la Organización de Revisión deniega su apelación:

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomaron de su apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán. A esto se le llama “ratificación de la decisión”.
- El aviso que reciba indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles sobre cómo pasar al siguiente Nivel de apelación, el cual es gestionado por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.

4 **Paso 4: Si su apelación fue denegada, usted tiene que decidir si desea continuar con la apelación y llevarla al Nivel 3.**

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, (para un total de cinco Niveles de apelación). Si la Organización declina su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta esta decisión o si desea pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se pasa de la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

Presente la apelación directamente a nosotros

Tal como se explicó anteriormente, en la Sección 7.2, usted debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar la primera apelación de su fecha de alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada, lo que suceda primero.) Si se pasa del plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma para presentar su apelación, **los primeros dos Niveles de apelación son diferentes**.

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos Legales	Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación de tramitación rápida".**

1 **Paso 1: Póngase en contacto con nuestro plan y solicite una "revisión rápida."**

- Consulte los detalles para comunicarse con el plan en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada, **Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico.**
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida."** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

2 **Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la fecha de alta programada para determinar si la fecha es médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, nosotros examinamos toda la información referente a su estadía en el hospital. Nuestra revisión tiene como objeto decidir si la fecha de alta programada es médicamente apropiada. Nuestra revisión busca determinar si la decisión respecto a cuándo debería salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En este caso, utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta correspondiente a esta revisión.

3 **Paso 3: Nosotros tomaremos una decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que haya solicitado una "revisión rápida" o "apelación rápida".**

- **Si nosotros aceptamos la apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted en cuanto a que debe seguir hospitalizado después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos de cuidado para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsar el pago de nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría. (Debe pagar la parte de los costos que le corresponden y es posible que la cobertura tenga ciertos límites).
- **Si nosotros denegamos la apelación rápida,** con esto indica que la fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de cuidado para pacientes hospitalizados terminará en el día que le dimos aviso para indicarle que la cobertura terminaría.
  - Si siguió hospitalizado **después** de la fecha de alta programada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de esta fecha.

4 **Paso 4: Si nosotros denegamos la apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.**

- Para asegurarnos de que nuestra denegación de su apelación rápida cumplió todas las reglas establecidas, **nosotros tenemos la obligación de enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Cuando esto ocurre, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

Instrucciones paso a paso: Proceso alternativo para una apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión tomada por nuestro plan cuando denegamos la apelación rápida. Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE”.

1 Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente, en un plazo no mayor de 24 horas, después del momento en que le informamos a usted que hemos denegado su primera apelación. (Si piensa que no cumplimos con esta u otras fechas límite, presente una queja. El proceso de presentación de quejas es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este Capítulo indica cómo presentar una queja.)

2 Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental**. La Organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa sus labores.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si la Organización acepta su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle, es decir, devolverle el pago de la parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan con los servicios de cuidado para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si la cobertura tiene límites, estos podrían limitar la cantidad del reembolso o el tiempo que podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación,** quiere decir que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que la fecha de su alta programada del hospital era médicamente apropiada.

- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, la cual es gestionada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.

3 **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted elige si desea pasar la apelación al siguiente Nivel.**

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, (para un total de cinco Niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1 Esta Sección explica solamente tres servicios: Servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios

Esta Sección explica **solamente** lo siguientes:

- **Los servicios de cuidado de la salud a domicilio** que recibe.
- **El cuidado de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para saber los requisitos que definen a un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.)**
- **El cuidado de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento debido a una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación considerable. (Para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.)**

Cuando usted recibe estos cuidados, tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida su parte del costo y los límites a la cobertura que pudieran corresponder, consulte el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de beneficios médicos (qué cubre el plan y qué paga usted).**

Si nosotros decidimos que es el momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de cuidado que recibe, se nos exige que le demos aviso con anticipación. Cuando la cobertura de este cuidado termine, **nosotros dejaremos de pagar la parte que le corresponde del costo de su cuidado.**

Si piensa que vamos a terminar prematuramente la cobertura de su cuidado, **puede apelar nuestra decisión**. Esta Sección indica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le daremos aviso con anticipación la fecha en que terminará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que nosotros terminemos la cobertura de sus cuidados:
   - El aviso por escrito le indicará la fecha en que terminaremos la cobertura de sus cuidados.
   - El aviso por escrito también le indicará qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos la decisión en cuanto a la fecha en que terminará su cuidado, y que mantengamos la cobertura de dicho cuidado durante un tiempo más largo.

Términos Legales	El aviso escrito tiene instrucciones para solicitar una **"apelación rápida."** Una apelación rápida es un modo formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión con respecto a la terminación de la cobertura de su cuidado. (La Sección 8.3 a continuación, explica cómo puede presentar una apelación rápida.) Este aviso se llama **"Aviso de exclusión de cobertura de Medicare"**.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme este aviso. (La Sección 4 explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.)
   - El hecho de firmar este aviso demuestra **solamente** que usted ha recibido la información sobre la fecha en que terminará su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan en que ha llegado el momento de terminar el cuidado.

Sección 8.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su cuidado por un tiempo más largo

Si desea pedir que cubramos su cuidado por un período de tiempo más largo, necesitará usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, esto es lo que necesita hacer y las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más abajo se explica cada uno de los pasos de los dos primeros Niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay fechas

límite que nuestro plan debe cumplir. (Si piensa que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o si necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

1 Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestra compañía. Este grupo de expertos revisa la calidad del cuidado que reciben los miembros que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre la fecha en que se terminará la cobertura de ciertos cuidados médicos.

Cómo comunicarse con esta Organización

- El aviso escrito que recibió indicará cómo comunicarse con esta Organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (para que se haga una revisión independiente) a fin de determinar si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

La fecha límite para comunicarse con esta Organización.

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.**
- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener información sobre otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por razones de brevedad, nosotros los llamamos "revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) la razón por la cual piensa que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La Organización de Revisión también examinará su información de salud, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha entregado a la Organización.
- Al final del día, los revisores nos informan el resultado de su apelación. Usted recibirá un aviso escrito donde se detallan las razones para terminar la cobertura de nuestros servicios.

Términos Legales	Esta explicación escrita se llama **"Explicación detallada de Exclusión de Cobertura."**

3 Paso 3: En un plazo no mayor de un día entero después de tener toda la información que necesitan, los revisores le harán saber su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces **nosotros debemos seguir prestando los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (es decir, los deducibles o copagos, si correspondieran). Además, es posible que existan límites para sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué pasa si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores **deniegan** su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.** En la fecha indicada en el aviso, nosotros dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de este cuidado.
- Si decide seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud a domicilio, o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios **después** de la fecha de terminación de su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

4 **Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- La primera apelación que presenta es el Nivel 1 del proceso de apelación. Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1, y usted opta por seguir recibiendo cuidado después de que su cobertura del cuidado ha terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.4 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más largo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación **y** usted opta por seguir recibiendo cuidado después de que su cobertura del cuidado haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. En una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que, **después** de la fecha en que indicamos que terminaba su cobertura, tenga que pagar la totalidad del costo de los servicios de cuidado de la salud a domicilio, de los servicios de cuidado en un centro de enfermería especializada o de los servicios de un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

1 **Paso 1: Usted debe ponerse en contacto nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.**

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura de cuidado médico.

2 **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizarán otra revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

3 **Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días después de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán su apelación y le harán saber el resultado**.

¿Qué pasa si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** el pago de nuestra parte del costo del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. **Nosotros debemos continuar la cobertura** del cuidado siempre y cuando este sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que la cobertura tenga ciertos límites.

¿Qué pasa si la organización de revisión deniega su apelación?

- Esto quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- El aviso que reciba indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles para pasar al siguiente Nivel de apelación, el cual es gestionado por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.

4 **Paso 4: Si su apelación es denegada, deberá decidir si desea pasar su apelación al siguiente Nivel.**

- Existen tres Niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, (para un total de cinco Niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar dicha decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación directamente a nosotros.

Tal como se explicó anteriormente, en la Sección 8.3, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar la primera apelación (en un plazo de uno o dos días como máximo). Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con esta Organización, existe otra forma de presentar la apelación. Si usa esta otra forma para presentar la apelación, **los primeros dos Niveles de apelación son diferentes.**

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos Legales	Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación de tramitación rápida".**

1 **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- Consulte los detalles para comunicarse con el plan en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada, **Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico.**
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida**." Esto significa que pide que le demos una respuesta usando las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

2 **Paso 2: Nosotros hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre la fecha en que terminaremos la cobertura de sus servicios.**

- En esta revisión, volvemos a examinar toda la información referente a su caso. Hacemos una revisión para determinar si acatamos todas las reglas cuando fijamos la fecha de terminación de los servicios que recibía conforme a la cobertura del plan.
- En esta revisión utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta.

3 **Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida" o "apelación rápida".**

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por un tiempo más largo, y que seguiremos prestando los servicios cubiertos siempre que estos sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsar el pago de nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha

en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que la cobertura tenga ciertos límites).

- **Si denegamos la apelación rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha fecha.
- Si decide seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud a domicilio, servicios de cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

4 Paso 4: Si nosotros denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que nuestra denegación de su apelación rápida cumplió con todas las reglas establecidas, **nosotros tenemos la obligación de enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE”.

1 Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después del momento en que le informamos a usted que hemos denegado su primera apelación. (Si piensa que no cumplimos con esta u otras fechas límite, presente una queja. El proceso de presentación de quejas es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)

2 **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.** La Organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa sus servicios.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la Organización acepta su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle, es decir, devolverle el pago de la parte de los costos del cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos continuar la cobertura del plan con los servicios de cuidado médico durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si la cobertura tiene límites, estos podrían limitar la cantidad del reembolso o el tiempo que podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación y que no la cambiarán.**
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles para pasar a una apelación de Nivel 3.

3 **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted elige si desea pasar su apelación al siguiente Nivel.**

- Existen tres Niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, (para un total de cinco Niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar dicha decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros Niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos

Esta Sección le corresponde a usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario de un artículo o servicio médico por el que usted ha presentado una apelación cumple con ciertos Niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a Niveles de apelación superiores. Si el valor monetario no cumple el Nivel mínimo necesario, no podrá continuar con la apelación. Si el valor monetario es suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan prácticamente del mismo modo. Las personas o entidades son las encargadas de gestionar la revisión de su apelación en cada uno de estos Niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (también llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una decisión.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación podría o no darse por terminado.** Nosotros decidiremos si vamos a apelar esta decisión pasándola así al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, con la Organización de Revisión Independiente, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio en un plazo no mayor de 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 todos los documentos adjuntos que sean necesarios. Es probable que esperemos hasta que se tome la decisión de esta solicitud para autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no darse por terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniega su apelación, el aviso que reciba indicará qué debe hacer si desea continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo de Apelaciones) revisará su apelación y le dará una decisión. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, o si el Consejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar allí**. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor monetario del artículo o servicio médico de la apelación cumple el valor monetario exigido.
  - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar allí**.
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten proceder a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten proceder al siguiente Nivel, el aviso escrito indicará con quién debe comunicarse y qué hacer si opta por continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal de distrito a Nivel federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación administrativa.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta Sección le corresponde a usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento de la apelación cumple con la cantidad o el valor mínimo en dólares requerido, podrá pasar a Niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor que el Nivel mínimo, no podrá continuar a los Niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que reciba de la apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan prácticamente del mismo modo. Las personas o entidades son las encargadas de gestionar la revisión de su apelación en cada uno de estos Niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (también llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una decisión.**

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación ha concluido.** Lo que usted solicitó en su apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos**

aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones de tramitación rápida), o efectuar el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario,** después de que recibamos la decisión.

- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted acepta la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer si desea continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo de Apelaciones) revisará su apelación y le dará una decisión. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación ha concluido**. Lo que usted solicitó en su apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones de tramitación rápida), o efectuar el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario,** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí**.
  - Si decide usted aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si usted no acepta la decisión, podría continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba indicará si el reglamento le permite proceder a una Apelación de Nivel 5. Si está permitido que proceda al siguiente Nivel, el aviso escrito indicará con quién debe comunicarse y qué hacer si opta por continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal de distrito a Nivel federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas

Puede omitir la lectura de esta Sección si su problema tiene que ver con las decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos. Si este es el caso, siga el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones descrito en la Sección 4 de este Capítulo.

Sección 10.1 Problemas que se abordan en el proceso de quejas

Esta Sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de presentación de quejas se usa **únicamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Si tiene uno de estos problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado	• Usted está disconforme con la calidad del cuidado que ha recibido (incluso en el hospital).
Falta de respeto a la privacidad	• Usted cree que alguien no ha respetado el derecho a su privacidad de información compartida que usted piensa que debería ser confidencial.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente y otras conductas negativas	• Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted. • Usted está disconforme con la forma en que nuestro Servicio al Cliente le ha tratado. • Piensa que se le ha insinuado que se retire del plan.
Tiempo de espera	• Ha tenido problemas para hacer una cita últimamente o ha esperado demasiado tiempo para obtenerla. • Ha tenido que esperar demasiado para que lo atienda el médico, farmacéutico, u otro profesional de cuidado de la salud, o bien, el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan le han hecho esperar demasiado. ○ Situación: usted espera por mucho tiempo al teléfono, en la sala de espera, al surtirle una receta, o en el cuarto de examinación.
Limpieza	• No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, de un hospital o de un consultorio médico.
Información que recibe de parte del plan	• No le hemos proporcionado un aviso que es requerido por ley. • La información por escrito es difícil de entender.
Puntualidad (Este tipo de queja está relacionado con la **puntualidad** de nuestras acciones	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este Capítulo. Si usted solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, use este proceso, y no el proceso para presentar quejas. Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o si presentó una apelación y cree que no le dimos respuesta de

Queja	Ejemplo
para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	manera suficientemente rápida, presente una queja por nuestra tardanza. Estos son algunos ejemplos: • Si solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y la denegamos, presente una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, presente una queja. • Si se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar el pago de ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertas fechas límite. Si piensa que no cumplimos con las fechas límite, presente una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos a más tardar en la fecha límite establecida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 En términos formales, “presentar una queja” se llama “presentar una queja formal”

Términos Legales	• En esta Sección llamamos **“queja”** a una **“queja formal”.** • Otra frase que indica la acción de **“presentar una queja”** es **“presentar una queja formal”.** • Otra forma de decir **“cómo usar el proceso de quejas”** es **“cómo usar el proceso para presentar una queja formal”.**

Sección 10.3 Instrucciones paso a paso: Quejas

1 Paso 1: Comuníquese de inmediato por teléfono o por escrito con el plan.

- **Normalmente, llamar al Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, el Servicio al Cliente se lo indicará. 1-866-314-8188, TTY: 711, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
- **Si no desea llamar al Servicio al Cliente (o si no quedó conforme con la llamada), presente una queja por escrito y envíela por correo al plan.** Si presenta su queja por escrito, le daremos respuesta por escrito.

- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del hecho o incidente que motivó su queja. Si existe una razón por la que no pudo presentar su queja (estuvo enfermo, no le dimos la información correcta, etc.), háganoslo saber y es posible que aceptemos su queja después de ese plazo de 60 días. Atenderemos su queja en cuanto sea posible pero, en todo caso, a más tardar 30 días después de recibirla. Algunas veces necesitamos más información o es posible que usted desee darnos información adicional. En ese caso, es posible que necesitemos 14 días adicionales para responder a su queja. Si efectivamente nos tomamos esos 14 días adicionales, recibirá una carta para informárselo.

  Si el motivo de su queja es que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su apelación o a su solicitud de determinación de cobertura, o si el motivo es que decidimos que usted no necesitaba una tramitación rápida de su apelación o de la determinación de cobertura, puede presentar una queja de tramitación rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. La dirección y los números de fax para presentar una queja se encuentra en el Capítulo 2, en la Sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros cuando ha presentado una queja acerca de su cuidado médico” o acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D “Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Por teléfono o por escrito, comuníquese con Servicio al Cliente inmediatamente**. La queja se debe presentar en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.
- **Si presenta una queja debido a que denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente la convertiremos a “queja de tramitación rápida”.** Si se trata de una queja de “tramitación rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas**.

Términos Legales	En esta Sección, las **“quejas de tramitación rápida”** también se llaman **“quejas formales de tramitación rápida”**.

2 Paso 2: Revisamos su queja y le daremos respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama para presentar una queja, posiblemente podamos darle una respuesta durante la llamada telefónica. Y si su condición de salud exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de su queja, o si no asumimos la responsabilidad del problema por el cual se está quejando, se lo haremos saber. La respuesta incluirá las razones de nuestra decisión. Usted recibirá una respuesta nuestra, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió a través del proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado médico**, tiene dos opciones adicionales:

- **Primera: presente su queja con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado médico que recibió directamente con esta Organización (**sin presentar** la queja a nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está formada por un grupo de médicos que ejercen su profesión y por otros expertos en el cuidado de la salud que reciben un pago de parte del gobierno federal a fin de verificar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía. Si presenta una queja con esta organización, colaboraremos con esta agencia para resolver su queja.
- **Segunda: presente su queja a ambas partes al mismo tiempo.** Si lo desea, presente su queja con respecto a la calidad del cuidado médico con nosotros y también con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 Comparta su queja con Medicare

Usted puede presentar su queja sobre el plan Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para hacerlo, visite el sitio web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio las quejas que recibe y usa esta información para mejorar los servicios del programa.

Si tiene comentarios o dudas, o si considera que el plan no ha atendido su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Capítulo 10
Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción..... 2
Sección 1.1 Este Capítulo explica cómo terminar su membresía en nuestro plan....2

Sección 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?..... 2
Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual..... 2
Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage..... 3
Sección 2.3 En ciertos casos, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial.....3
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo terminar su membresía?.....5

Sección 3 Cómo puede terminar usted su membresía en nuestro plan..... 5
Sección 3.1 Normalmente, usted termina su membresía si se inscribe en otro plan5

Sección 4 Hasta que su membresía en el plan termine, seguirá recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan..... 7
Sección 4.1 Hasta que su membresía en el plan termine, usted seguirá siendo miembro de este plan.....7

Sección 5 En ciertas situaciones debemos terminar su membresía en el plan..... 7
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?..... 7
Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que termine su membresía en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....8
Sección 5.3 Tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en el plan..... 8

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo explica cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea hacerlo**.
  - En algunas ocasiones durante el año o en ciertas situaciones, solamente, es que puede terminar su membresía en el plan de manera voluntaria. La Sección 2 indica **la temporada** en que puede terminar su membresía en el plan.
  - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía. La Sección 3 indica **cómo** puede terminar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que no es usted quien decide dejar el plan, sino que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nosotros debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, debe seguir recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Puede terminar su membresía en nuestro plan únicamente durante ciertos momentos del año, a los que se les llama períodos de inscripción. Todos los miembros pueden dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertos casos, es posible también que cumpla los requisitos para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (llamado también "Período Anual de Inscripción Abierta"). Este es el momento en que usted debería examinar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Usted puede continuar con la misma cobertura que tiene ahora o hacer cambios para el próximo año. Si decide cambiar de plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con o sin cobertura de medicamentos con receta).
  - Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.

- **O bien**, Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
  - **Si usted recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos con receta:** Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por que no se le inscriba automáticamente.

  Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). En la Sección 5 del Capítulo 1 encontrará más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura del plan nuevo comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de realizar solo **un** cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage?** Todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta o uno sin esta.)
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, usted puede también inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare a fin de agregar la cobertura de medicamentos en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o al momento que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si además opta por inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en dicho plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertos casos, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertos casos, es posible que los miembros de nuestro plan reúnan los requisitos para terminar su membresía en otras temporadas del año. A esto se le conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones corresponde a su caso, es posible que usted cumpla los requisitos para terminar su membresía durante el Período de Inscripción Especial. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa de situaciones, comuníquese con el plan, llame a Medicare o consulte el sitio web de Medicare (es.medicare.gov):
  - Normalmente, si se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si reúne los requisitos para obtener el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si incumplimos el contrato que celebramos con usted.
  - Si recibe cuidados en una institución, por ejemplo, un asilo de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo.
  - Si está inscrito en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).* Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos no está disponible en todos los estados. Si desea saber si su estado ofrece el programa, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).
  - Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamento, es posible que no pueda cambiar de planes. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información acerca de los programas de administración de medicamento.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos del período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
  - Un plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta o uno sin cobertura de medicamentos con receta.)
  - Medicare Original **con** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
  - **- o bien -** Medicare Original **sin** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
    - **Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, el programa Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) En la Sección 5 del Capítulo 1 encontrará más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía en el plan?** Su membresía normalmente terminará el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o le gustaría obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Llame al **Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía)
- Encontrará la información en el folleto **Medicare y Usted 2021**.
  - Todos los miembro del programa Medicare reciben una copia de **Medicare y Usted** en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare reciben la copia un mes después de haberse inscrito.
  - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O solicite una copia impresa llamando a Medicare al número siguiente.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Cómo puede terminar usted su membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Normalmente, usted termina su membresía si se inscribe en otro plan

En general, para que su membresía en nuestro plan termine, basta con que se inscriba en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la información sobre los períodos de inscripción en la Sección 2 de este Capítulo). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original sin tener un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir primero que le den de baja de nuestro plan. Pida que le den de baja del plan de dos maneras:

- Haga una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía).
- **O bien**, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) En la Sección 5 del Capítulo 1 encontrará más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla siguiente explica cómo debe proceder para terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse a:	**Usted debe:**
• Un plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Medicare Original **con** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Medicare Original **sin** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. ◦ **Nota**: Si se da de baja de un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos su solicitud por escrito para darse de baja.** Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información para hacerlo (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le den de baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan una vez que comience su cobertura de Medicare Original.

Sección 4 Hasta que su membresía en el plan termine, seguirá recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía en el plan termine, usted seguirá siendo miembro de este plan

Si se da de baja del plan, deberá transcurrir cierto tiempo para que termine su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la información sobre el comienzo de su nueva cobertura en la Sección 2.) Durante este período, seguirá recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Para surtir sus recetas debe continuar usando las farmacias de nuestra red hasta que su membresía en nuestro plan haya terminado**. En general, sus medicamentos con receta solamente tienen cobertura si se surten en una farmacia de la red incluidas las farmacias de pedido por correo.
- **Si le hospitalizan el mismo día en que termina su membresía, la estadía normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si recibe el alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).

Sección 5 En ciertas situaciones debemos terminar su membresía en el plan

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de los casos siguientes:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o sale de viaje por un tiempo prolongado, debe llamar al Servicio al Cliente para determinar si el lugar al que se va a mudar o el destino de su viaje se encuentran en el área de servicio del plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de esta guía.)
- Si lo encarcelan (es decir, si está en prisión).
- Si no es ciudadano norteamericano o no tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga con el cual recibe cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y si la información afecta los requisitos de participación en el plan. Nosotros no podemos obligarle

a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.

- Si se comporta continuamente de tal manera que perjudique y dificulte nuestra capacidad para proporcionar cuidados médicos tanto a usted como a otros miembros del plan. Nosotros no podemos obligarle a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
- Si permite que alguna otra persona use su tarjeta de ID del miembro para obtener cuidados médicos. Nosotros no podemos obligarle a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
  - Si terminamos su membresía debido a esta razón, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, el programa Medicare le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre las fechas en que puede terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que termine su membresía en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si piensa que le han pedido que termine su membresía en plan por motivos relacionados con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en el plan

Si terminamos su membresía en el plan, debemos darle las razones de esto por escrito. También debemos explicarle cómo puede quejarse o presentar una queja formal sobre nuestra decisión. Consulte la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11
Avisos legales

Capítulo 11
Avisos legales

Sección 1 **Aviso sobre la legislación vigente..... 2**

Sección 2 **Aviso sobre antidiscriminación..... 2**

Sección 3 **Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 2**

Sección 4 **Responsabilidad civil y subrogación ante terceros..... 3**

Sección 5 **Responsabilidad del miembro..... 3**

Sección 6 **Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario..... 4**

Sección 7 **No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil..... 4**

Sección 8 **Hechos que escapan a nuestro control..... 5**

Sección 9 **Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes..... 5**

Sección 10 **Evaluación de tecnologías..... 5**

Sección 11 **Declaraciones del miembro..... 6**

Sección 12 **Información disponible cuando se solicite..... 6**

Sección 13 **2021 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso..... 6**

Sección 14 **Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura..... 7**

Sección 15 **Renew ActiveTM Términos y Condiciones..... 7**

Sección 1 Aviso sobre la legislación vigente

Muchas leyes tienen validez para esta Evidencia de Cobertura y es posible que se apliquen disposiciones adicionales debido a exigencias de la ley. Esto podría repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no estuvieran presentes o explicadas en este documento. La ley principal que rige a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los estatutos creados bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

El plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted de la discriminación o de un trato desigual. No discriminamos a ninguna persona debido a su raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color de la piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos de pago, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, por ejemplo, este plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, entre otras, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley Contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA), asimismo todas las demás leyes pertinentes a organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y reglamentos que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o un trato desigual, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a cuidado médico, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos aparecen en la portada posterior de esta guía). Si tiene una queja (por ejemplo, un problema de acceso para sillas de ruedas) el Servicio al Cliente puede ayudarlo.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare que tienen cobertura si Medicare no es el pagador primario. En virtud de la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en el Título 42 del Código de Regulaciones Federal, secciones 422.108 y 423.462, el plan, siendo una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de restitución que el Secretario ejerce según el reglamento de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las subpartes B a D de la parte 411 del Código de Regulaciones Federal 42; por otra parte, las reglas establecidas en esta Sección sustituyen a cualesquiera leyes estatales.

Sección 4 Responsabilidad civil y subrogación ante terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es presuntamente responsable debido a un acto u omisión negligente o intencional que le ocasiona una lesión o enfermedad, debe notificarnos oportunamente de dicha lesión o enfermedad. Le enviaremos una declaración que establece las cantidades que pagamos por los servicios provistos en relación con la lesión o enfermedad. Si se le restituye una suma cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa restitución por lo pagos que hicimos en nombre suyo, sujeto a las limitaciones en los párrafos siguientes.

1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida**. Si nuestros pagos son menores que la cantidad total restituida de parte de un tercero (la “cantidad restituida”), entonces nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
   a) **Primero:** Determine la proporción de costos de adquisición a cantidad restituida (el término "costos de adquisición" implica los honorarios del abogado y los gastos incurridos para lograr una liquidación o un fallo).
   b) **Segundo:** Aplique la proporción calculada anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra porción de costos de adquisición.
   c) **Tercero:** Reste nuestra porción de costos de adquisición de nuestros pagos. El remanente es nuestra cantidad de reembolso.
2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida**. Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, el monto de nuestro reembolso es la cantidad total restituida menos los costos totales de adquisición.
3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a nuestro reembolso**. Si debemos demandar a una parte que recibió la cantidad restituida debido a que dicha parte se opuso a nuestro reembolso, el monto de nuestro reembolso es el menor de lo siguiente:
   a) Nuestros pagos hechos en nombre suyo por los servicios; o
   b) La cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicha parte.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted acepta otorgarnos una asignación, y una reclamación y un derecho de retención, de cualesquiera cantidades recobradas mediante una liquidación, fallo o veredicto judicial. Es posible que sea requerido por nosotros y usted acepta oficiar los documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, la reclamación o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor por los servicios cubiertos, usted no será responsable de las sumas que adeudamos. Ni el plan ni Medicare pagarán el costo de los servicios sin cobertura, excepto si se trata de estos gastos aprobados:

- Servicios de emergencia
- Servicios requeridos de urgencia

- Diálisis rutinaria y fuera del área durante un viaje (debe recibirse en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios de posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor ni el plan ni Medicare pagará el costo de esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario

Para determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de razonable y necesario, de acuerdo con los criterios de Medicare, para poder estar cubiertos bajo su plan, a menos que de otra manera se estipulen como un servicio cubierto. Se considera servicio "razonable y necesario" en estos casos:

- El servicio es seguro y eficaz.
- El servicio no tiene carácter experimental ni está en fase de investigación.
- El servicio es apropiado, incluida la duración y frecuencia que se considera adecuada para el servicio, en términos de si el servicio es:
  1. Provisto de acuerdo con estándares aceptados de práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de una condición del paciente o para mejorar la función de un miembro corporal deformado;
  2. Provisto en un entorno adecuado a las necesidades y condiciones médicas del paciente;
  3. Solicitado y provisto por personal calificado;
  4. Uno que satisface, pero no excede, la necesidad médica del paciente; y
  5. Por lo menos igual de beneficioso que una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil

Si recibe beneficios como resultado de otra cobertura de un seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad realizar cualquier gestión necesaria para recibir el pago con cobertura del seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil cuando se espera recibir justificadamente dichos pagos, y es su deber notificarnos de la existencia de dicha cobertura. Si por casualidad duplicamos los beneficios a los cuales tiene derecho bajo otro seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, podemos solicitar el reembolso del valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud en la medida que lo permita la ley estatal o federal. Si el costo de sus servicios de cuidado de la salud sobrepasa la cobertura del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra

terceros, proveeremos beneficios en exceso de esa otra cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros en la obtención del pago de su compañía del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra terceros. Su falta de cooperación podría resultar en la terminación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a fuerza mayor, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción completa o parcial de un centro, ordenanza, ley o decreto de cualquier agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa escapa a nuestro control), o cualquier otra emergencia o acontecimiento similar que escape a nuestro control, es posible que los proveedores no están disponibles para concertar o proveer servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos concertar los servicios cubiertos en la medida que sea factible y de acuerdo con nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendrá la responsabilidad ni la obligación en caso de demora u omisión en la prestación o preparación de servicios cubiertos si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias ya descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes

La relación entre nosotros y nuestros proveedores y hospitales de la red es una relación de empresa y contratista independiente. Ninguno de los proveedores de la red u hospitales de la red, o sus médicos o empleados, son empleados o agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona autorizada para actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ningún empleado de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas es empleado o agente de los proveedores u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no para los miembros. Los procedimientos y tecnologías nuevas que sean seguras y eficaces reúnen los requisitos para convertirse en servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando la necesidad clínica exige una determinación rápida de la seguridad y eficacia de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro individual, uno de nuestros directores médicos toma una determinación médicamente necesaria basada en la documentación médica del miembro individual, la revisión de evidencia

científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad pertinente de una persona con experiencia en la tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

En ausencia de fraude, todas las declaraciones hechas por usted se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna declaración anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura ni se la usará como defensa de una causa judicial a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible cuando se solicite

Como miembro del plan, tiene derecho a solicitar información con respecto a:

- Cobertura general e información comparativa del plan
- Utilización de procedimientos de control
- Programas de mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos de quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 13 2021 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso

2021 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso

Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud

Nuestra compañía está comprometida a prevenir el fraude, el derroche y el abuso en los programas de beneficios de Medicare, y le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos avise inmediatamente.
Estos son algunos ejemplos de casos potenciales de fraude a Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud, por ejemplo, un médico, una farmacia, o una compañía de dispositivos médicos factura por servicios que nunca recibió.
- Un proveedor factura por un equipo diferente al que recibió.
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener cuidado médico, recetas, suministros o equipos.
- Alguien factura por equipo médico de uso en el hogar después que el mismo ha sido devuelto.
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare.

- Una compañía utiliza información falsa para inducirlo de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame al Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) Servicio al Cliente al 1-866-314-8188 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

Esta línea directa le permite reportar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todos los esfuerzos posibles por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si una agencia del cumplimiento de la ley necesita involucrarse en la investigación, no podemos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por reportar de buena fe un posible caso de fraude.

Asimismo, también puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante Medicare Drug Integrity Contractor (MEDIC) llamando al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379), o directamente ante Medicare llamando al 1-800-633-4227. El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y su sitio web es http://es.medicare.gov.

Sección 14 Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones respecto a los servicios de cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y los servicios y la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de no cobertura (negación); 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para recomendar la subutilización inadecuada de los cuidados o servicios; y 3. No contratan, promueven o despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona vaya a apoyar o tienda a apoyar la negación de beneficios.

Sección 15 Renew Active™ Términos y Condiciones

Requisitos de Participación

• Solamente los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare® Insurance Company (“UnitedHealthcare®”) y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos del programa Renew Active (el “Programa”), que incluye acceso a una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes sin costo adicional.

Requisitos de Inscripción

- La membresía y la participación en el Programa son voluntarias.
- Para inscribirse en el Programa debe seguir las instrucciones que se indican en este sitio web. Más específicamente, debe obtener su código de confirmación y presentarlo en un gimnasio o

centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso de membresía estándar sin costo adicional. Además, usará el código de confirmación cuando se registre en AARP® Staying Sharp® y en Fitbit® Community para Renew Active. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante, AARP Staying Sharp o Fitbit® Community para Renew Active, usted está eligiendo revelar que es miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare® participante.

- La inscripción en el Programa es individual y la tarifa de la membresía mensual del Programa que no se cobra por servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes se aplica únicamente a las membresías individuales.
- Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios no cubiertos o de productos y servicios de tarifas similares ofrecidos por gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes que requieren el pago de una tarifa aparte a los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes. Estas tarifas incluyen, entre otras, las tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, o niveles de membresía del centro adicionales o mejorados, más allá del nivel de membresía estándar o básica.
- El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el lugar.
- El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el lugar y el plan. La red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico de primera categoría del programa Renew Active solo está disponible con ciertos planes.

Exención de Responsabilidad

- Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, siempre consulte a su médico.
- Ciertos servicios, incluidos los equipos, las clases y los planes de acondicionamiento físico personalizados son proporcionados por los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico. Las clases y eventos son proporcionados por compañias afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. El programa para la agudeza mental por Internet es proporcionado por AARP Staying Sharp y Fitbit® Community para Renew Active es proporcionado por Fitbit®. La participación en AARP Staying Sharp y en Fitbit® Community para Renew Active está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare® y sus correspondientes subsidiarias y compañias afiliadas no avalan, ni son responsables de, los servicios ni la información proporcionada por este Programa, ni el contenido de cualquier sitio web vinculado, tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Requisitos Adicionales

- Antes de inscribirse, usted debe verificar que el gimnasio o el centro de acondicionamiento físico en particular participe en el Programa.
- Si el operador de su gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante deja de participar definitivamente en el Programa, su participación en el Programa y la tarifa por membresía mensual que no se cobra se interrumpirán hasta que usted se inscriba en otro gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante y se reinscriba en el Programa. Si

desea cancelar la membresía en su gimnasio, puede hacerlo acatando las normas de cancelación del gimnasio o centro de acondicionamiento físico correspondiente.

Requisitos de Datos

- Optum (el administrador del Programa) o su gimnasio o centro de acondicionamiento físico recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente la información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Tal información personal requerida incluye, entre otros, el código de confirmación del Programa, la ID de membresía en el gimnasio o centro de acondicionamiento físico, el año y el mes de actividad y la cantidad de visitas mensuales. Al inscribirse en el Programa y recibir las tarifas predeterminadas de la membresía mensual de su centro participante, usted acepta los Términos y Condiciones del Programa que se establecen en el presente documento y autoriza a Optum a solicitar, y a su gimnasio o centro de acondicionamiento físico a proporcionar, dicha información personal.
- Optum (el administrador del Programa) recibirá cierta información personal de AARP Staying Sharp y Fitbit®. Dicha información personal incluye, entre otros, el código de confirmación del Programa junto con los datos relacionados con su uso de AARP Staying Sharp y Fitbit® Community para Renew Active (por ejemplo, la cantidad de veces al mes que usted visitó el sitio web de estos programas). Al inscribirse en el Programa, usted acepta los Términos y Condiciones del Programa que se establecen en el presente documento y autoriza a Optum a solicitar, y a AARP Staying Sharp y Fitbit® a proporcionar, dicha información personal.
- El programa para la agudeza mental por Internet proporcionado por AARP Staying Sharp y Fitbit® Community para Renew Active proporcionada por Fitbit® se ofrecen conforme a los términos y las políticas incluidas en sus respectivos sitios web; usted debería revisar esos términos y condiciones y esa política de privacidad antes de usar tales sitios web o de proporcionarles algún dato o información en tales sitios web. UnitedHealthcare® y sus respectivas subsidiarias y compañías afiliadas no son responsables de los actos u omisiones de AARP Staying Sharp o Fitbit®.

Capítulo 12

Definición de palabras importantes

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el fin de suministrar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no es mayor de 24 horas.

Periodo de Inscripción Anual – Plazo específico durante el otoño en que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamento, o bien, pueden cambiarse a Medicare Original. El Periodo de Inscripcion Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación – Recurso que usted utiliza para modificar las decisiones que tome el plan con respecto a la negación de una solicitud para cubrir servicios de cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o para que el plan pague el costo de los servicios o los medicamentos que usted ya ha recibido. Usted puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de suspender servicios que recibe actualmente. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación en casos en los que el plan no paga el costo de un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería recibir. El Capítulo 9 explica lo que es una apelación, incluido el proceso para presentar una.

Facturación del saldo – Es el cobro que hace un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) a un paciente de una cantidad mayor que el costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS), al obtener los servicios cubiertos, usted solamente tiene que pagar el costo compartido permitido por nuestro plan. No permitimos que los proveedores de la red le cobren mediante “facturación del saldo” ni que le cobren una cantidad mayor al costo compartido indicado por el plan. En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturar el saldo para cobrar el excedente de la cantidad permitida por los servicios cubiertos. Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no acepta asignaciones de Medicare, será responsable de pagar el costo compartido del plan más la diferencia entre la cantidad que pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare.

Periodo de beneficios – Es la forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario como paciente hospitalizado (o ningún cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un periodo de beneficios, comienza entonces un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible correspondiente al cuidado hospitalario como paciente hospitalizado por cada periodo de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos tienen en su formulación los mismos principios activos que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente están disponibles una vez que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga una cantidad reducida de copago ni coseguro por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona calificada en nombre de usted, hayan gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra el programa Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con esta agencia.

Ensayo clínico - Es un método con el cual los médicos y los científicos ponen a prueba nuevas terapias de cuidado médico, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos estudios se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados médicos. Un ensayo clínico es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método de tratamiento funciona y si es seguro.

Coseguro – La cantidad que posiblemente tenga que pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta . El coseguro generalmente es un porcentaje, por ejemplo, 20%. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica un coseguro) o en el costo permitido por Medicare, dependiendo del acuerdo contractual que hayamos acordado por el servicio.

Queja – La manera formal de decir “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de presentación de quejas se usa solamente para cierto tipo de problemas. Entre ellos, se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, el tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también la definición de “queja formal” en este Capítulo.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios – Es un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de haber tenido una enfermedad o lesión así como una variedad de servicios, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del lenguaje y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago – Cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio, o un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija, no es un porcentaje. Por ejemplo, $10 o $20 por una visita al médico o un medicamento con receta.

Costo compartido – Son las cantidades que el miembro debe pagar por servicios o medicamentos. Esta cantidad es adicional a la prima mensual del plan. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan imponga para cubrir servicios o medicamentos (2) el copago fijo que un plan requiera cuando usted recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el coseguro, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento requerido por el plan cuando usted recibe un servicio o medicamento específico. Cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, posiblemente se cobre la tarifa diaria de costo compartido y se requiere que usted pague un copago.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan está clasificado en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura – Es una decisión con respecto a un medicamento recetado cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que usted debe pagar por él. Por lo general, una determinación de cobertura no ocurre cuando usted va a una farmacia para surtir una receta le indican que lo recetado no está cubierto por su plan. Por lo tanto, para obtener una decisión formal de su cobertura, usted debe llamar o escribir al plan y solicitarla. En esta guía, a las determinaciones de cobertura se les llama “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan

Servicios cubiertos – Es el término general usado para referirnos a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros que están cubiertos por el plan.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia – Es el cuidado personal prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de centros si usted no necesita cuidado médico o cuidado de enfermería especializados. Es el cuidado personal que puede prestar cualquier persona y que no requiere habilidades ni capacitación profesional, por ejemplo, para prestar ayuda en las actividades de la vida diaria como el baño, la vestimenta, los alimentos, para acostarse o salir de la cama o sentarse y parase de una silla, para desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como poner gotas en los ojos. Medicare no cubre el costo del cuidado de custodia.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Tarifa diaria de costo compartido - Es la tarifa que se aplica cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y cuando usted paga el copago. La tarifa diaria de costo compartido es la cantidad de copago dividida entre el número de días de un suministro mensual. Por ejemplo, si el copago del suministro mensual de un medicamento son $30, y el suministro de mes de su plan estipula que debe ser de 30 días, la "tarifa diaria de costo compartido" será $1 por día. En otras palabras, usted paga $1 por cada día de suministro cuando surta su receta.

El Costo Compartido Diario se aplica solamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (p. ej., una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de un mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de la tarifa diaria de costo compartido no se aplican a ninguno de

los siguientes casos:

1. Antibióticos en dosis orales sólidas.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente empaque original para ayudar a los pacientes con el cumplimiento.

Deducible – Es la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o las recetas primero para que el plan realice los pagos que le corresponden.

Cancelación de la inscripción – Es el proceso por el cual la membresía en el plan termina. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (decisión personal) o involuntaria (no por decisión personal).

Cargo de suministro – Es el cargo que se aplica cada vez que se surte un medicamento cubierto, el cual para cubre el costo de surtir una receta. El cargo de suministro, por ejemplo, cubre el tiempo que le toma al farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Equipo médico duradero – Es el equipo médico que el doctor receta por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para personas diabéticas, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por el proveedor para que los miembros del plan las usen en su propio domicilio.

Emergencia - Es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidado de emergencia – Son servicios cubiertos, 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura y Divulgación de información – Es el documento que –junto con el solicitud de inscripción, los anexos, las cláusulas adicionales y la cobertura opcional que haya seleccionado– explica los términos y responsabilidades de la cobertura del plan, los derechos y las responsabilidades de usted como miembro del plan.

Excepción – Es una determinación de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario), o que le permite obtener medicamento no preferido al nivel de costo compartido de los medicamentos preferidos, que es menor (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si el patrocinador de su plan le exige que utilice otro medicamento antes de recibir el que usted desea, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (excepción de formulario).

Programa Ayuda Adicional – Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico – Es un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos que contiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de

igual manera que un medicamento de marca, pero por lo general cuesta menos.

Queja formal – Es el tipo de queja que usted puede presentar acerca del plan, de uno de nuestros proveedores o farmacias, de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no está relacionado con disputas sobre la cobertura del plan ni el pago de los servicios.

Auxiliar de cuidado de la salud a domicilio – Es una persona que proporciona servicios que no requieren contar con capacitación como terapeuta o enfermera registrada; por ejemplo, proporcionan ayuda con actividades para el cuidado personal (el baño, la vestimenta realizar terapia de ejercicios). Los auxiliares de cuidado de la salud a domicilio no tienen que tener una licencia de enfermería ni proporcionar terapia.

Cuidado de la salud a domicilio – Es el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos aparecen en la **Tabla de Beneficios,** en la Sección 2.1 del Capítulo 4, bajo el título **Agencia de cuidado de la salud a domicilio**. Si necesita servicios de cuidado de la salud a domicilio, el plan cubrirá estos servicios, siempre y cuando se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. Estos cuidados pueden incluir los servicios de un **auxiliar de cuidado de salud a domicilio,** si los servicios son parte del plan de cuidado de la salud a domicilio que se utiliza para el cuidado de su enfermedad o lesión. Estos cuidados no o están cubiertos, a menos que los proporciones un profesional capacitado como parte de un servicio que sí está cubierto. Los servicios de cuidado de la salud a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos necesarios para obtener servicio de alimentos ni tampoco incluyen el cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.

Centro de cuidados paliativos – Es el servicio proporcionado a un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos y que tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Como plan suyo, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted elige los servicios de un centro de cuidados paliativos pero continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro del plan. Usted puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará el tratamiento especial que necesita debido a su estado.

Cuidados paliativos – Una forma especial de dar cuidado a pacientes con enfermedades terminales y de proveer asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos incluyen el cuidado en sí y el asesoramiento. Los servicios son proporcionados por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o una compañía privada que han sido certificadas por Medicare. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ser proporcionado a domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida, aliviando el dolor y dando bienestar. El enfoque se centra en dar cuidado al paciente, no en lograr su curación. Para obtener más información acerca de los cuidados paliativos, descargue el folleto Medicare y los Beneficios de Hospicio en www.medicare.gov. O bien, llame al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estadía como paciente hospitalizado – Es una estadía en un hospital cuando usted ha sido internado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted sea admitido en el hospital por una noche, es muy probable que se le considere paciente ambulatorio y no paciente hospitalizado.

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos de los últimos 2 años (una vez que han sido ajustados y modificados), son mayores que una cantidad determinada, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), al que también se le llama IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – Límite máximo de la cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial -Es la etapa antes de que los gastos totales de los medicamentos, incluidas las cantidades que usted o el plan ha pagado en su nombre los gastos de su bolsillo durante año alcancen $4,130.

Período de inscripción inicial – Es el plazo que tiene para inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare tan pronto como cumpla los requisitos de participación en Medicare por primera vez. Por ejemplo, si cumple los requisitos de la Parte B al cumplir 65 años, el periodo de inscripción inicial es un plazo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red – Es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de parte de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de alcanzar este límite, no tendrá que pagar nada más, durante el resto del año del contrato, cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores dentro de la red. Para obtener más información acerca de la cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Plan institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Es un plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y residen continuamente, o se espera que residan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Entre estos centros de cuidado a largo plazo se incluyen centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), centros combinados (SNF/NF), centro de cuidado intermedio para personas con retardo mental (ICF/MR), o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para que un Plan institucional para Personas con Necesidades Especiales pueda atender a residentes de centros de cuidado a largo plazo que tienen Medicare, el plan debe tener un acuerdo contractual con el centro de cuidados a largo plazo de que se trate, (o bien, ser su dueño y estar a cargo de su operación).

Plan institucional equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Es un plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional fundamentado en una evaluación realizada por el estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado en cuestión y debe ser administrada por una entidad diferente a la organización que ofrece el plan. Si fuera necesario, para asegurar que los cuidados especializados

se proporcionen de manera uniforme, este tipo de plan para personas con necesidades especiales puede restringir la inscripción solamente para personas que residan en un centro de vivienda asistida que tiene contrato con nosotros.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos e incluye tanto medicamentos genéricos.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa "Ayuda Adicional".

Cargo máximo o cargo límite – En el plan Medicare Original, esta es la cantidad más alta de dinero que se le cobra a usted por un servicio cubierto de parte de los médicos y proveedores de cuidado médico que no aceptan asignaciones. El cargo límite es 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solamente se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni a ninguna clase de equipo.

Medicaid o asistencia médica – Es un programa conjunto –estatal como federal– que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, aunque la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Emergencia médica - Es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de la salud y de la medicina, piensa que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una lesión, un dolor intenso, enfermedad o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación médicamente aceptada – Es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información.

Médicamente necesario – Es la necesidad de usar servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que cumple los criterios aceptados de la profesión médica.

Medicare – Es el programa Federal de seguro de la salud para personas que tienen 65 años de edad o más, para ciertas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal crónica que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas afiliadas a Medicare pueden obtener cobertura de salud a través de Medicare Original, de un Programad de Cuidado todo Incluido para ancianos o de un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período establecido cada año en el que los miembros de un Plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona cumple los requisitos de

Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage o Parte C de Medicare – Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan Organización de Proveedores Preferidos, un plan privado de tarifa por servicio, o un plan tipo cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare. Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través de este plan, y no se recibe el pago de los servicios mediante Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. El plan Cualquier persona que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare cumple los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Costo permitido de Medicare – Precio máximo de un servicio (para fines de reembolso) conforme a Medicare Original.

Asignación de Medicare – En Medicare Original, un médico o proveedor “acepta la asignación” si acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos. Para los servicios cubiertos fuera de la red, si su médico o proveedor acepta la asignación, usted puede ahorrar dinero. Si un médico o proveedor acepta la asignación, el costo compartido que usted paga por el servicio cubierto se limita a su copago o su coseguro.

Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare – Es un programa que proporciona descuentos (incluidos la mayoría de los medicamentos cubiertos por la Parte D) a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa sin cobertura y que no reciben el programa Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos alcanzados entre el gobierno Federal y ciertas compañías farmacéuticas. Por esta razón, el gran parte de los medicamentos tienen un descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare – Son todos los servicios cubiertos por la Parte A y por la Parte B de Medicare. Los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare – Es un plan de salud ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas afiliadas a Medicare que también están inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas de demostración o piloto y los programas de cuidado integral para personas mayores.

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap o Seguro complementario de Medicare – Es una póliza de seguro de salud comercializado por compañías de seguros privadas para proporcionar cobertura de los servicios que no proporciona la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con la cobertura Medicare Original. Los planes Medicare Advantage no son pólizas Medigap.

Miembro, miembro de nuestro plan o miembro del plan – Es la persona afiliada a Medicare que

cumple los requisitos para obtener los servicios cubiertos del programa, está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Red – Son todos los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros o proveedores de cuidado médico que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Todos ellos aceptan el pago total por sus servicios y el costo compartido correspondiente de parte del plan. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Son las farmacias donde los miembros del plan pueden surtir sus medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una farmacia que sea parte de nuestra red.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término que usamos generalmente para referirnos a médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, además de hospitales y otros centros de cuidado de la salud, que tienen licencia, o que han sido certificados por Medicare y por el estado, para proporcionar servicios de cuidado de la salud. Les llamamos "**proveedores de la red"** si han acordado con nuestro plan aceptar lo que pagamos como pago total por sus servicios y, en algunos casos, no solo proveer sino también coordinar los servicios que tienen cobertura a los miembros de nuestro plan. El pago de nuestro plan a los proveedores de la red se determina según los acuerdos que establecimos con ellos o si los proveedores aceptan proveerle a usted los servicios cubiertos por el plan. Otro nombre para referirse a los proveedores de la red es "proveedores del plan".

Farmacia no preferida de la red con servicio de medicamentos por correo – Son las farmacias que pertenecen a la red del plan que ofrecen el envío de los medicamentos por correo. Estas farmacias, por lo general, surten los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros del plan a un nivel de costo compartido mayor que el que corresponden a una farmacia preferida de medicamentos por correo de la red.

Beneficios complementarios opcionales – Son los beneficios que Medicare no cubre, que no están incluidos en su paquete de beneficios y que pueden comprarse por una prima adicional. Si opta por comprar los beneficios complementarios opcionales, posiblemente tenga que pagar una prima adicional. Usted elige, voluntariamente, los beneficios complementarios opcionales para que pueda recibirlos.

Determinación de la organización – Es la determinación –a nivel de organización– del plan Medicare Advantage cuando toma una decisión con respecto a la cobertura de algún servicio o al costo que usted debe pagar por los suministros o los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones a nivel organización se llaman "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9 se explican los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o "Medicare de Tarifa por Servicio") – El plan Medicare Original lo ofrece el gobierno, no es un plan de salud privado como, por ejemplo, los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Es el Congreso quien establece el monto de los pagos que realiza Medicare Original para pagar el costo de los servicios de Medicare que proporcionan médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare cubre la parte que le corresponde

pagar de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original consiste de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Son las farmacias que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red no están cubiertos por el plan a no ser que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Es un proveedor o centro con el cual no hemos hecho los arreglos necesarios para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni son operados por nuestro plan, ni tampoco tienen una obligación contractual para proporcionar a usted servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de esta guía se explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

Gastos de su bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido". Los "gastos de su bolsillo" del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recibidos.

Programa de cuidado todo incluido para ancianos (PACE) – Es un plan que combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo para ayudar a personas vulnerables a que se mantengan independientes y vivan en la comunidad el mayor tiempo posible, en lugar de hacerlo en un asilo de convalecencia, a la vez que reciben los cuidados médicos de alta calidad que necesitan. Este plan proporciona a sus miembros los beneficios de Medicare y de Medicaid. El programa de cuidado todo incluido para ancianos no está disponible en todos los estados, si desea esta información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

La Parte C – Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario. (Al programa se le conoce también simplemente como la Parte D.)

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que tienen cobertura de la Parte D de Medicare. El plan posiblemente incluya la totalidad o solo una parte de los medicamentos de la Parte D. Consulte el formulario del plan que tiene la lista específica de los medicamentos cubiertos. Ciertas categorías de medicamentos han sido específicamente excluidas por el Congreso, por lo tanto, no tienen cobertura como medicamentos de la Parte D

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de su cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad adicional mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Costo compartido preferido – Significa que el costo compartido para ciertos medicamentos

cubiertos de la Parte D es menor en ciertas farmacias de la red.

Plan de Punto de Servicio (POS) - Es un tipo de plan que proporciona servicios cubiertos de proveedores de la red. Quizás también reciba algunos servicios cubiertos de proveedores médico que **no** tienen contrato conUnitedHealthcare. Las visitas a determinados proveedores médicos fuera de la red son servicios cubiertos conforme a este plan. Sin embargo, si acude a proveedores de la red, reducirá el costo del cuidado médico debido a que los copagos y coseguros que usted paga a los proveedores fuera de la red son, por lo general, más elevados que los que paga a proveedores de red por el mismo servicio. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 1).

Farmacia preferida de la red con servicio de medicamentos por correo – Una farmacia de la red con servicio de medicamentos por correo que normalmente ofrece a los miembros de nuestro plan sus medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare, cobrándoles un costo compartido que puede ser menor que el que se aplica en otras farmacias de la red o en otras farmacias con servicio de medicamentos por correo.

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Administrador del beneficio de medicamentos con receta – Es una organización que, siendo una tercera persona, se encarga de procesar y pagar los reclamos de los medicamentos con receta; se encarga además de desarrollar y mantener la lista de medicamentos (formulario), así como de negociar descuentos y rebajas con los fabricantes de medicamentos.

Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) – Es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primeramente para la mayor parte de sus problemas de salud. Se encarga de que usted reciba el cuidado médico que necesita para mantener un buen estado de salud. Si es necesario, este proveedor hablará acerca de su caso con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud y le referirá a ellos. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los Proveedores de Cuidado Primario.

Preautorización – En el caso de los servicios médicos, este término se refiere al proceso en que el proveedor de cuidado primario o el proveedor que proporciona el tratamiento debe obtener nuestra autorización antes de que ciertos servicios médicos sean proporcionados o pasen a ser pagaderos. En el caso de ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en nuestra lista de medicamentos (formulario), este término se refiere al proceso en el que usted o su proveedor debe obtener nuestra autorización antes de que ciertos medicamentos sean proporcionados o pasen a ser pagaderos. Los servicios cubiertos que requieren preautorización están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están indicados en el formulario.

Prótesis y ortopedia – Son los dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y los dispositivos necesarios para reemplazar una función corporal o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamientos de nutrición enteral y parenteral.

Proveedores – Son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a quienes el estado ha certificado para que proporcionen cuidado y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye a hospitales y otros centros de cuidado médico.

Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Es un grupo de médicos en ejercicio de su profesión y de otros expertos en cuidado médico que reciben remuneración del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado.

Límites de cantidad – es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados tomando en cuenta su calidad, seguridad o razón de utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubre el plan por cada receta o a un periodo de tiempo específico.

Servicios de rehabilitación – Son servicios que incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, entre otros.

Clínica sin previa cita – Un lugar donde normalmente es atendido sin necesidad de citas. Puede ser un establecimiento independiente o estar ubicado en una tienda, supermercado o farmacia. Los servicios de una clínica sin previa cita están sujetos al mismo costo compartido que los centros de cuidado de urgencia. (Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Área de servicio – es la zona geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros en caso de que el plan limite la membresía de acuerdo con el lugar de residencia del miembro. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que se puede utilizar, esta zona, por lo general, también es donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Cuidado en un centro de enfermería especializada - Es el cuidado de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación provistos a diario y continuamente en un centro de enfermería especializada. La fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser aplicadas por un médico o una enfermera titulada son ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada.

Periodo de inscripción especial – Un plazo específico en que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamento, o bien pueden regresar a Medicare Original. Estos son algunos de los casos en que podría calificar para un Periodo de Inscripción Especial: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el programa Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para personas con necesidades especiales – Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidados médicos con un enfoque mayor en grupos específicos de personas, como aquellos afiliados tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar – Es el costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en farmacias de la red.

Terapia escalonada – Es una herramienta de utilización que consiste en que para tratar su condición médica, usted debe usar primeramente otro medicamento que el recetado inicialmente por su médico y entonces el plan cubrirá su costo.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados, a quienes son discapacitados, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de este

programa son distintos a los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos de urgencia – Es el cuidado prestado para tratar una enfermedad, lesión o condición médica no prevista, que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red; también pueden ser prestados por proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles por el momento.

Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-314-8188**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

www.EricksonAdvantage.com

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Cláusula de divulgación de la ley de reducción de trámites burocráticos *De conformidad con la ley de reducción de trámites burocráticos (Paperwork Reduction Act , PRA) de 1995, a ninguna persona se le puede obligar a responder a una recopilación de información, si ésta no incluye un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

EREX21PO4761338_000