ULTIMATE HEALTH PLANS

1 de enero – 31 de diciembre, 2022

Evidencia de cobertura

Su cobertura de servicios y beneficios médicos y cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare como miembro de:

Premier de Ultimate (HMO)

H2962-031, Condados de Indian River y St. Lucie.

Este folleto le proporciona los detalles de su cobertura de atención médica y medicamentos con receta médica de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y para los medicamentos con receta médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Premier de Ultimate (HMO), lo ofrece Ultimate Health Plans (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Ultimate Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Premier de Ultimate (HMO).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para más información, comuníquese con Servicios para miembros al 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a domingo. Durante ciertas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder a su llamada los fines de semana y días festivos federales.

Esta información está disponible en un formato diferente (por ejemplo, braille, letra grande, audio). Comuníquese con los Servicios para miembros si necesita la información del plan en otro formato (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

Los beneficios o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

Tanto el formulario como la red de farmacias y la red de proveedores podrían sufrir modificaciones en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

H2962_031_EOC22_C CMS Approved 08202021

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero, 2024)

Evidencia de cobertura para 2022

Tabla de contenidos

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de miembro del plan y sobre cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 25

Explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Premier by Ultimate) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 47

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 67

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D 122

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos con receta médica. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 151

Habla sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de período sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y sobre cómo estas etapas afectarán lo que paga por sus medicamentos. Explica los cuatro niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 172

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 181

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Explica lo que puede hacer si no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 194

Le explica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas recibiendo la atención médica o medicamentos con receta médica que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos

con receta médica y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura terminará demasiado pronto.

- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan..... 260

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía al plan.

Capítulo 11. Avisos legales..... 271

Incluye avisos acerca de la ley aplicable y acerca de la prohibición contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes..... 276

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en Premier de Ultimate, que es un HMO de Medicare ... 7
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Premier de Ultimate 9
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos con receta médica cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía a todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de las farmacias en nuestra red 11
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan. 12
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual del plan 13
Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan? 13

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la "sanción por inscribirse tarde" en la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 16

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto extra para la Parte D de acuerdo con sus ingresos? 16
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 16
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 17

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con un monto extra de pago para la Parte D? 17
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 17
Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa 18
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan 20
Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta 20

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 21
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 21

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro? 22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Premier de Ultimate, que es un HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y sus medicamentos con receta médica de Medicare a través de nuestro plan, Premier de Ultimate.

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. Nuestro plan es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de protección al paciente y cuidados de salud asequibles (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica lo que debe hacer para que nuestro plan cubra sus medicamentos con receta médica y atención médica de Medicare. Además, explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a los servicios y la atención médica y a los medicamentos con receta médica que están disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique unos momentos para examinar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca

de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Premier de Ultimate entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2022. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años nuestro plan. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- vive dentro del área de servicio geográfica (la Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio)
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios como paciente ambulatorio) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Premier de Ultimate

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

El área de servicio para Premier de Ultimate (H2962-031) incluye los siguientes condados de Florida: Condados de Indian River y St. Lucie.

Si piensa trasladarse del área de servicio, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le avisará a nuestro plan si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro sobre esta base. Deberemos cancelar su inscripción en el plan si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos con receta médica cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta médica que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:

NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios en un centro de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si, mientras sea miembro del plan, utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro del plan, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si su tarjeta de membresía al plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores y farmacias de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com.

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Es posible que algunos de los proveedores de atención primaria (PCP) de nuestra red sean parte de un equipo médico que suele remitir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, es posible que tienda a remitirlo a los especialistas de la red que recomiende el equipo; sin embargo, usted puede consultar a cualquier especialista dentro de nuestra red. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que nuestro plan autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedirle a Servicios para miembros más información acerca de nuestros proveedores de red, incluyendo sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.ChooseUltimate.com o descargarlo de ese sitio web. Tanto Servicios para miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en las farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de las farmacias en nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta médica a los miembros de nuestro plan.

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

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de proveedores y de farmacias* actualizado se publicará en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia en Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los cambios en la red de farmacias. También puede buscar esta información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com Tanto Servicios para miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Especifica cuáles medicamentos con receta médica de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en nuestro plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.ChooseUltimate.com) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando utilice sus beneficios de medicamento con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. A este informe resumido se le llama la *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le especifica la cantidad total que usted ha gastado, la que han gastado otras personas en su nombre y la que hemos gastado nosotros en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que se ha pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se use el beneficio de la Parte D. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarle a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, contacte a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual del plan

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Usted no tiene que pagar una prima mensual del plan por separado. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más del monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen más adelante.

- Algunos miembros deben pagar **una multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente adquirieron elegibilidad o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en los que no tuvieron cobertura “acreditable” de medicamentos con receta médica. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a prima mensual. del plan La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. El Capítulo 1, en la Sección 5 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, se le podría cancelar su inscripción en el plan.
- A algunos miembros se les puede pedir que paguen un cargo más, que se conoce como la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA, debido a que hace dos años tuvieron ingresos brutos ajustados modificados, arriba de cierta cantidad, en su declaración tributaria del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar la cantidad de la prima estándar más este cargo, que se sumará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica la IRMAA más detalladamente.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la “sanción por inscribirse tarde” en la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo Parte D ni ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos con receta médica. Una “cobertura válida de medicamentos con receta médica” es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le comunicamos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la parte D se considera su prima del plan.

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

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

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que haya adquirido elegibilidad para inscribirse. O cuente el número de meses totales en los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta médica, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2021, la cantidad promedio de la prima era de $33.06. Es posible que esta cantidad cambie para 2022.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $33.06, lo que equivale a $4.62. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período inicial de inscripción por envejecer en Medicare.

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

Incluso si realiza una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera, 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 está en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamento recetados que se espera que pague en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **"cobertura acreditable de medicamentos"**. Tenga en cuenta:
    - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador previo, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura aceptable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
        - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura aceptable" cuando su cobertura de salud termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta médica era aceptable. El aviso debe decir que tenía cobertura "aceptable" de medicamentos con receta médica que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta médica de Medicare.

- Las siguientes *no* son coberturas aceptables de medicamentos con receta médica: tarjetas de descuento de medicamentos con receta médica, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, consulte su manual *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura aceptable, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un término de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para miembros para averiguar más sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto extra para la Parte D de acuerdo con sus ingresos?

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los declaró en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount), también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será ese monto adicional y cómo pagarlo. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB), o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan**.

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), según lo reportó en su declaración de impuestos ante el IRS (Servicio de Rentas Internas), se encuentra sobre un monto determinada, usted pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad mensual que debe pagar en base a sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con un monto extra de pago para la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por la cobertura de su Parte D de Medicare. Si usted está obligado por ley a pagar la cantidad adicional y usted no paga, se le cancelará la membresía del plan y pierde la cobertura de medicamentos con receta médica.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los declaró en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount), también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted está obligado a pagar la cantidad extra y usted no paga, usted será dado de baja del plan y pierde la cobertura de medicamentos recetados.**

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta para indicarle cuál será ese monto adicional.
- Si desea más información sobre las primas de la Parte D con base en los ingresos, diríjase al Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y usted 2022* le ofrece información sobre las primas de Medicare en la sección "Costos de Medicare 2022". Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono 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.

Reducción de la prima de la Parte B de Medicare

La prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras esté inscrito en este plan, Ultimate Health Plans pagará hasta $115.00 de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social aumentará esa cantidad. No tiene que hacer otros trámites para recibir esta reducción en la prima de la Parte B.

La Administración del Seguro Social puede demorar varios meses en procesarla. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social por algunos meses después de la fecha de entrada en vigor del plan. Los aumentos atrasados se sumarán a su próximo cheque una vez que estén procesados.

Tenga en cuenta que, si cancela su inscripción en este plan, la reducción de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de la cancelación. Como se menciona arriba, la Administración del Seguro Social podría demorar varios meses en procesarla. Cualquier reducción en las primas que se haga después de que cancele su inscripción en el plan se deducirá más adelante de su cheque del Seguro Social.

Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa

Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay dos formas en las que puede pagarla. Puede optar por pagar con cheques o mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada

mes. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, póngase en contacto con los Servicios para miembros para indicar qué forma de pago prefiere. También puede comunicarse con los Servicios para miembros si quiere cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago tenga efecto. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con un cheque

Puede pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D directamente a Ultimate Health Plans con cheque. El pago es mensual y se debe recibir hasta el tercer día de cada mes. El cheque se debe hacer a nombre de Ultimate Health Plans, Inc. (no de los CMS ni del HHS) y se debe enviar por correo a:

Ultimate Health Plans, Inc.
PO Box 637909
Cincinnati, OH 45263

Opción 2: Puede solicitar que le deduzcan la penalización por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la RRB

Puede solicitar que le deduzcan la penalización por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la RRB. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar con este método. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Qué hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía en la Parte D se debe pagar en nuestra oficina hasta el tercer día de cada mes. Si no recibimos el pago de la multa hasta el tercer día de cada mes, le enviaremos una notificación.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, comuníquese con Servicios para miembros para ver si podemos remitirle a programas que le ayuden con su multa. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido empezar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía podría aplicar si tuvo un período continuo de 63 días o más en los que no tuvo cobertura "acreditable" de medicamentos con receta médica). Esto podría ocurrir si usted adquiere elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" a lo largo del año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para "Ayuda adicional" durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. El mismo muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)

- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia esta información, comuníquenoslo llamando a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Visite el sitio web de nuestro portal de miembros, portal.myultimatehp.com, para cambiar su número de teléfono o su dirección (debe registrarse para entrar al portal de miembros).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para mayor información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece en dicha carta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información de salud personal. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 en el Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el "pagador primario" y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el "pagador secundario", solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas normas aplican para la cobertura de un plan de salud colectivo de sindicato o de empleador:

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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

Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Información de contacto de Premier de Ultimate** (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para miembros del plan) **26**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **34**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros médicos** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **36**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad (QIO):** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **37**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **38**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos) **39**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica** **40**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios** **44**

SECCIÓN 9 **¿Tiene usted un "seguro colectivo" u otro seguro de salud de un empleador?** **45**

SECCIÓN 1 Información de contacto de Premier de Ultimate (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para recibir asistencia por preguntas sobre reclamos, facturación o la tarjeta de miembro, llame o escriba a los Servicios para miembros de Ultimate Health Plans. Será un gusto ayudarle.

Método	Servicios para miembros - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año. Servicios para miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	1-800-303-2607
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34606
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Para más información en cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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

Método	Decisiones de cobertura de atención médica - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	352-515-5975
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34606
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

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

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones de atención médica - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	1-800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	1-800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME	1-800-311-7517 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-844-403-1029
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D

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

Método	Apelaciones de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME	1-800-311-7517 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-844-403-1029
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos con receta médica de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME	1-800-311-7517 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al OptumRx las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos su parte de una facture que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitud de pago - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	1-800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34606
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada "CMS"). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, organizaciones de atención médica y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare):** Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare):** Provee información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una *estimación* de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare.

Método	Medicare - Información de contacto
	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan: • **Informe a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda en su biblioteca local o centro para el adulto mayor para visitar este sitio web por medio de su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 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 en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders). El SHINE es independiente (no tiene conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los consejeros del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del SHINE también pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en **"Formularios, ayuda y recursos"** (Forms, Help, and Resources) del lado derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en **"Números de teléfono y sitios web"** (Phone Numbers & Websites).
- Ahora tiene varias opciones.

  - Opción 1: Puede **chatear en vivo**.
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los **"TEMAS"** (TOPICS) del menú de la parte inferior.
  - Opción 3: Puede elegir el **"ESTADO"** (STATE) en el menú desplegable y hacer clic en "IR" (GO).
    Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) (SHIP de Florida)
LLAME	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 Correo electrónico: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO): (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. La Organización para la mejora de la calidad de Florida se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de su atención a domicilio, su atención en un centro de enfermería especializada o
- Servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan excesivamente temprano.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
LLAME	1-888-317-0751 Días laborables: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas. Fines de semana y feriados: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del este, del centro, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas.
TTY	711 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.KEPROqio.com/bene/helpline

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y residentes permanentes legales que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal de etapa final y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social en donde se le indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa gubernamental conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Personas Elegibles Incapacitadas y que Trabajan (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA).

Método	Agencia para la Administración de Atención Médica (programa de Medicaid de Florida) - Información de contacto
LLAME	1-888-419-3456 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., EST.
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	http://www.ahca.myflorida.com

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta médica. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta médica de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir “Ayuda adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta médica, primas y costos. Para verificar si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame a:

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

Si piensa que usted calificó para obtener “Ayuda adicional” y considera que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando obtiene su medicamento con receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite a usted ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, entregárnosla.

- Para pedir ayuda para obtener la evidencia de su nivel adecuado de copago, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para miembros (vea la información de contacto en la sección 1 de este capítulo). Si usted ya tiene la documentación necesaria para demostrar que califica para recibir Ayuda adicional para el pago de sus medicamentos con receta y los CMS todavía no nos informaron, o si tiene la documentación para demostrar que le asignamos un nivel incorrecto de subsidio por bajos ingresos, puede enviarnos la información al departamento de Servicios para miembros (vea la información de contacto en la sección 1 de este capítulo). Nuestro sistema de registro se actualizará dentro de un período de 48 a 72 horas desde la recepción de la documentación de mejor evidencia disponible. Nuestro sistema reflejará la información correcta del subsidio por bajos ingresos para que usted reciba el nivel adecuado de costos compartidos. Enviaremos una solicitud a los CMS para que corrijan la información y reflejen el nivel correcto del subsidio por bajos ingresos. Cuando los CMS procesen la solicitud, nos enviarán una notificación.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante el período sin cobertura, sus costos de bolsillo para insulinas selectas serán de $35.00. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener más información acerca de su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura. Nota: Estos costos compartidos solo se aplican a los beneficiarios que no califican para un programa de ayuda para el pago de medicamentos ("Ayuda adicional"). Para saber cuáles son las insulinas selectas, consulte la lista de medicamentos más reciente, que le enviamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas selectas con el indicador "SI" en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este folleto).

El Programa de descuentos durante el periodo sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del periodo sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Para medicamentos de marca, el descuento del 70% dado por los fabricantes excluye cualquier cargo de dispensación por costos en el periodo sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted pague como el monto del descuento del fabricante cuentan hacia sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y lo pasa hacia el período de interrupción en cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para sus costos de bolsillo.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para el gasto directo de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura. También, el cargo de dispensación está incluido en el costo del medicamento.

El Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Su plan ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura y por eso, a veces, sus gastos de bolsillo serán menores que los descritos aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información acerca de su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura a través de un Programa de asistencia para recetas médicas para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia para los medicamentos del SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para los medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también cubre ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta por medio del Departamento de Salud de Florida. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el Estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición como no asegurado o con un seguro insuficiente.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare en relación con los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo asistencia, notifíquele a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

Línea directa de VIH/sida de Florida
(Hable con un miembro del personal de ADAP)
1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS)
TTY: 1-888-503-7118

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al

Línea directa de VIH/sida de Florida
(Hable con un miembro del personal de ADAP)
1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS)
TTY: 1-888-503-7118

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos con receta médica? ¿Obtiene los descuentos?

Si recibe Ayuda adicional, ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos con receta médica durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y piensa que debió haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó al período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarle a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este capítulo), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios - Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la 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 presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de Ayuda automatizada de RRB e información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare dentro de este plan.

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

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo cubrir su atención médica como miembro de nuestro plan 49

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”? 49

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan 49

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 51

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para el suministro y la supervisión de su atención médica 51

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP? 52

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 53

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 54

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 55

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 55

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene necesidad urgente de obtener servicios 57

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 58

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos? 59

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos 59

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total 59

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio clínico de investigación”? 60

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio clínico de investigación”? 60

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio clínico de investigación, ¿quién paga qué? 61

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica" 62

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención de la salud no médica? . 62

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica 62

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero 63

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan? 63

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 64

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 64

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 64

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original? 65

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

Este Capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice la tabla de beneficios del Capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Nuestro plan cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado de parte antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una "remisión". Si desea más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. Antes de buscar dicha atención, debe obtener una autorización del plan. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para el suministro y la supervisión de su atención médica

¿Qué es un "PCP" y qué hace un PCP por usted?

Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica. Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP son los siguientes: Médicos de las especialidades de medicina general, medicina familiar y medicina interna. Cuando se inscribe en el plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP, que funciona como su base para temas médicos. Usted obtendrá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará y le hará las derivaciones para ciertos servicios cubiertos que usted obtiene por ser miembro de nuestro plan. Las únicas excepciones son los pocos servicios cubiertos que puede obtener de un proveedor dentro de la red sin que lo remita su PCP. que se enumeran más abajo, en el Capítulo 3, Sección 2.2.

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen la aprobación previa de Ultimate Health Plans. Esto se llama "autorización previa". Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, usted, su PCP o el proveedor se pondrán en contacto con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. En el Capítulo 4, hay más información sobre los servicios para los que es posible que necesite autorización previa.

Normalmente, su PCP está familiarizado con su condición y su historia médica. Llame a su PCP para hacer una cita cuando lo necesite. Para ayudar al PCP a que entienda su historia médica y supervise toda su atención, puede pedirles a sus médicos anteriores que le envíen los expedientes médicos a su nuevo PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir un PCP del Directorio de farmacias y proveedores. Puede ver la versión más actualizada del Directorio de farmacias y proveedores en línea en www.ChooseUltimate.com. Si necesita ayuda para elegir su PCP, póngase en contacto con Servicios para Miembros (puede consultar los números de teléfono en la contraportada de esta guía).

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. Los cambios de PCP pueden limitar los especialistas a los que puede

consultar. Algunos de los PCP de nuestra red son parte de equipos médicos que suelen remitir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo remitirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo remita a un especialista de la red que su equipo recomiende, usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red.

Para cambiar de PCP, llame a los Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo). Cuando llame, dígale al representante de Servicios para miembros si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten aprobación de su PCP (como atención médica a domicilio o equipo médico duradero). En Servicios para miembros, le confirmarán si puede continuar con la atención especializada y otros servicios que estuviera recibiendo cuando cambie de PCP. También comprobarán que el PCP al que se quiere cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para miembros cambiará su registro de membresía para que aparezca su nuevo PCP y le dirá cuándo entra en vigencia el cambio. Normalmente, el cambio a un nuevo PCP se hace el primer día del mes siguiente a su solicitud. También le enviarán una nueva tarjeta de miembro con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios para miembros antes de salir del área de servicio para que le ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Visitas cubiertas en el consultorio de un dermatólogo, siempre que sean con un proveedor dentro de la red, hasta 5 visitas en las que se remita el propio paciente al año calendario. Es posible que se necesite autorización para otros servicios.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de salud mental cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor dentro de la red.
- Visitas de podología cubiertas por Medicare, siempre que sean con un médico dentro de la red. Medicare no cubre podología de rutina, pero es posible que lo haga solo si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si su PCP piensa que usted necesita un tratamiento especializado, lo remitirá a un especialista o a otros proveedores. Debe averiguar con su PCP o con el plan si necesita una remisión o una autorización para recibir los servicios. Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que obtener la aprobación de su plan con antelación (esto se llama “autorización previa”).

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen antes el permiso de Ultimate Health Plans. Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, su PCP o el proveedor se comunicarán con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. Nuestro personal clínico, incluyendo enfermeros y médicos, revisa la información clínica que envía el proveedor y toma una decisión sobre la solicitud de autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se enumeran en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Es posible que la elección de su PCP limite los especialistas a los que puede recurrir. Algunos de los PCP de nuestra red son parte de equipos médicos que suelen remitir a los pacientes a determinados especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos equipos médicos, normalmente lo remitirá a especialistas de la red que recomiende el equipo. Aunque es posible que su PCP normalmente lo remita a un especialista de la red que su equipo recomiende, usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle con una antelación mínima de 30 días que nuestro proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.

Nuestro departamento de Servicios para miembros o su PCP pueden ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor. El número de teléfono de su PCP está en la parte de adelante de su tarjeta de miembro de Ultimate Health Plans. La información de contacto del departamento de Servicios para miembros está en la parte de atrás de este cuadernillo.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, debe recibir atención de los proveedores dentro de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. Algunos servicios, como la atención de emergencia, la atención necesaria de urgencia cuando nuestra red no está disponible o la diálisis fuera del área de servicio, no necesitan autorización previa y siempre se cubren al nivel de beneficios dentro de la red, aunque los reciba de proveedores fuera de la red. El plan cubrirá servicios fuera de la red que reciba por los siguientes motivos:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención necesaria de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

- Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. Si consulta a un proveedor fuera de la red, se debe obtener una autorización de Ultimate Health Plans antes de recibir la atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Hable con su PCP antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su médico nos informará y solicitará la autorización previa del plan. Su médico puede explicar mejor su condición y darle cualquier justificación que necesite para su solicitud. También puede llamarnos usted directamente al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, "Maneras de ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica".

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o remisión previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamoshacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. El número de teléfono de Servicios para miembros está en la parte de atrás de la tarjeta de miembro del plan.

¿Qué está cubierto si tuene una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a una sala de emergencias de otra manera podría poner en riesgo su salud. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

También cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo. Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo para obtener más información.

Si tiene una emergencia, nos pondremos en contacto con los médicos que le estén brindando atención de emergencia para gestionar y hacer un seguimiento de dicha atención. Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán si usted se encuentra estable y si la situación de emergencia médica ya ha cesado.

Cuando cese la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos servicios adicionales *únicamente* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (si desea más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios necesarios de urgencia"?

Los "servicios necesarios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La condición imprevista puede ser por ejemplo, una exacerbación imprevista de una condición conocida que usted padece.

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

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Puede recibir servicios necesarios de urgencia en un centro de atención de urgencia. Si no puede ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red (el centro no está disponible o usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan), puede ir a uno que no sea de nuestra red. Recuerde presentar su tarjeta de miembro en el momento de la visita.

¿Qué ocurre si usted está <u>fuera</u> del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencias en todo el mundo fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias.

La atención de emergencia se refiere a los servicios que:

- Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.
- Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Ofrecemos atención de emergencia en todo el mundo como beneficio complementario hasta un límite máximo de cobertura de $50,000. Usted tendrá que pagar estos servicios y después solicitarnos el reembolso correspondiente. Por servicios de atención de emergencia cubiertos fuera de la red, fuera de los EE. UU. y sus territorios, la cantidad del reembolso no será mayor que la que pagaría Medicare Original por el mismo servicio si se hubiera prestado en la localidad de los Estados Unidos donde usted vive.

De la cantidad que le paguemos, si corresponde, se deducirá cualquier costo compartido aplicable. Podríamos no reembolsarle por todos los costos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de Medicare Original pueden ser más bajas que las de proveedores extranjeros fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Debe presentar un resumen detallado de los costos, un comprobante de pago y una copia del expediente médico completo relacionado con los servicios. (Esta información debe ser traducido al inglés). Este es un beneficio complementario que Medicare no suele cubrir. Aunque cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo, nuestro plan no cubre servicios necesarios de urgencia ni servicios que no sean de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención que no sea de emergencia, deberá pagar la totalidad del costo por su cuenta. No se cubren medicamentos con receta ni de venta libre fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4, “Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”, para obtener más información sobre este beneficio, incluyendo los costos compartidos. Consulte el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura por medicamentos o servicios médicos cubiertos”, para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos del plan.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web www.ChooseUltimate.com para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar a un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta médica en una farmacia que fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información adicional.

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

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios aparecen en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y que se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que los obtenga. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quieres decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para cubrir los servicios que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance el límite de un beneficio, el costo que pague por los servicios que excedan ese límite no se aplicará al máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio clínico de investigación"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio clínico de investigación"?

Un estudio de investigación clínica (llamado también una "prueba clínica") es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de buscar voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el mismo y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos *y* además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio clínico de investigación, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio clínico de investigación sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este manual) para informarles que usted participará en un ensayo clínico y para averiguar más detalles específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio clínico de investigación, ¿quién paga qué?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

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

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

> *A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido:* Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.

- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para conocer más sobre cómo ingresar en un estudio clínico de investigación, visite el sitio web de Medicare y lea o descargue la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" ("Medicare y los estudios clínicos de investigación". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 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 recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica"

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

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médico proporcionados por instituciones religiosas no médicas para cuidado de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención de la salud no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es "no es de excepción".

- Atención médica o tratamiento médico que "no es de excepción" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.

- Tratamiento médico “de excepción” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica para cuidado de la salud, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que dé el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si esta institución le da servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - – *y* – debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que le admitan al centro o su estancia no estará cubierta.

El plan cubre un máximo de 90 días en el hospital como paciente hospitalizado por cada período de beneficios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, los sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión de línea intravenosa, nebulizadores y las camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos sobre los otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, en general, usted no será dueño de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuáles documentos debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médicos duradero que ha realizado si cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original para que sea propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, los pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de que regrese a Medicare Original para que sea propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de un equipo de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si cancela la inscripción en el plan o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario para usted, debe devolver el equipo al dueño.

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

Su costo compartido en la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de cada pago de alquiler limitado que cubra el plan.

Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito en nuestro plan durante 36 meses.

El equipo de oxígeno es elegible para recambio después de la vida útil de 5 años. Sin embargo, el recambio debe ser médicamente necesario y dará lugar a un nuevo período de alquiler cubierto limitado de 36 meses.

Si antes de inscribirse en nuestro plan pagó 36 meses de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan será del 20% de cada pago de alquiler limitado cubierto por el plan, ya que debe empezar un nuevo período de alquiler si no se convirtió en su dueño anteriormente.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, estuvo con nuestro plan durante 12 meses y luego regresó a Medicare Original, pagará el costo compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si hizo pagos durante 36 meses mientras estuvo inscrito en nuestro plan y después regresa a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura para equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos 68

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos 68

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 68

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos 69

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 70

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 70

SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan? 116

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones) 116

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos

Este Capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus facturas médicas. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos que recibe. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le dice más sobre su coseguro.)

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto, comuníquese con Servicios para miembros.

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

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2022 será de $2,800. Los montos que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a la cantidad máxima de bolsillo de $2,800, ya no tendrá que pagar más costos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le “facturó saldos”, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por nuestro plan y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluidos el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y monitorizando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación con antelación están marcados con una nota al pie en la tabla de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2022.* Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de servicios nuevos a Medicare Original durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios nuevos en 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, o especialista en enfermería clínica.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en estas circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • No específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con operaciones; y • No está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.	$30 de copago por cada beneficio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del seguro social (Social Security Act) (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden hacer acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para hacer acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que haga acupuntura debe tener un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo exigen nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del CFR. *Se debe tener una remisión.*	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. **El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido.** *Es posible que se apliquen normas de autorización a servicios selectos.*	$150 de copago por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare (por traslado de ida). 20% del costo por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare (por traslado de ida).
Visita de bienestar anual Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual. Es posible que los servicios adicionales que se presten durante la visita requieran copago o coseguro.
Dispositivos de seguridad para el baño Nuestro plan cubre un (1) dispositivo de seguridad para el baño (luz de noche o luz para el inodoro) al año para evitar caídas. Para encargar un dispositivo de seguridad para el baño, llame a los Servicios para miembros. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1.	$0 de copago por un (1) dispositivo al año.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Medición de masa ósea Para las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de prueba de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses *Es posible que se apliquen normas de autorización a las mamografías digitales de diagnóstico, y las mismas no tienen cobertura de este beneficio.*	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$25 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor del hospital.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares
Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de tener cáncer del cuello uterino o está en edad de concebir y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para detección como una alternativa) cada 24 meses Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a un sigmoidoscopía preventiva	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios dentales
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Nosotros cubrimos:
• 1 evaluación bucal cada 6 meses
• 1 limpieza cada 6 meses
• 1 tratamiento con flúor cada 6 meses
• 1 examen dental por rayos X al año Los rayos X pueden incluir:
  ○ Primera radiografía periapical intrabucal;
  ○ Cada radiografía periapical intrabucal adicional;
  ○ Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida
	$0 de copago por servicios dentales de rutina y completos cubiertos por nuestro beneficio complementario.
	
	$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios dentales (continuación) o Serie completa de radiografías intrabucales, 1 cada 3 años; o Radiografías panorámicas cubiertas, 1 cada 3 años. • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 empaste al año, que puede incluir: o Amalgama primaria o permanente, en una o más superficies o Compuesto a base de resina, una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal o Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, posterior • Detartraje/alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año. o El mantenimiento periodontal, la irrigación de las encías y la administración localizada de medicamentos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo extra, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto. • 1 extracción simple al año, que puede incluir: o Extracción de un diente erupcionado o una raíz expuesta o Extracción de un diente erupcionado para la que haya que quitar el hueso o cortar el diente • 1 extracción quirúrgica al año, que puede incluir: o Extracción del diente impactado; o Extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte). • Servicios dentales médicamente necesarios que no sean de rutina y estén cubiertos por Medicare Original, por ejemplo: o Examen bucal en el hospital antes de un trasplante de riñón	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios dentales (continuación) ○ Examen bucal en una clínica rural o en un Centro de Salud Federalmente Calificado (Federally Qualified Health Center, FQHC) antes de una cirugía de reemplazo de válvula cardíaca ○ Servicios dentales necesarios para la radioterapia para ciertas enfermedades de la mandíbula (p. ej., cáncer oral) ○ Reconstrucción del reborde alveolar (parte de la mandíbula) cuando se extirpa un tumor facial ○ Cirugía para tratar fracturas de la mandíbula o de la cara ○ Férulas dentales y alambres necesarios después de una cirugía de mandíbula Un dentista general participante debe prestar los servicios. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluso las pruebas de glucosa en plasma en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. *El (servicio preventivo) se aplica solamente a la capacitación de autocontrol de la diabetes.* *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$0 de copago por suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes (continuación) *Ciertos servicios y suministros para diabéticos se limitan a los de fabricantes especificados. Cubrimos solamente los monitores de glucosa y las tiras reactivas de Abbott (nombre comercial principal: Freestyle) y de Johnson & Johnson (nombre comercial principal: OneTouch) en farmacias. Cubrimos otras marcas de monitores de glucosa y tiras reactivas (incluyendo productos genéricos) mediante los proveedores de DME dentro de la red del plan. Consulte la lista completa en nuestro sitio web o llame a Servicios para miembros. La información de contacto está en la parte de atrás de este cuadernillo. Los monitores continuos de glucosa y otros suministros están disponibles solo a través de los proveedores de DME dentro de la red del plan. Normalmente, no se cubren productos de marcas alternativas, a menos que su médico nos diga que usar esa marca es médicamente necesario es su situación en particular. Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan para que paguemos esos productos alternativos o cantidades mayores que las que permite Medicare.*	\$0 de copago por artículo por plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. \$0 de copago por capacitación de control personal de la diabetes.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Encuentre la definición de “Equipo médico duradero” en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, no limitados a: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario médicamente cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	20% de coseguro por DME cubierto por Medicare y ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores, bombas de insulina y bombas de infusión IV.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por servicios necesarios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red. También cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo*. Hay un límite máximo de cobertura de beneficios del plan de $50,000 para servicios de emergencias fuera de los EE. UU. y sus territorios.	$90 de copago por servicios de emergencias cubiertos por Medicare. Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no deberá pagar la parte del costo que le corresponda a usted por la atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, *O BIEN*, debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. $100 de copago por cada servicio de emergencias en el extranjero cubierto por nuestro beneficio complementario. Debe pagar esta cantidad si lo hospitalizan fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Programa de actividad física El programa de fitness SilverSneakers® es un programa completo de bienestar que incluye: • Membresía fitness con acceso a más de 13,000 centros de fitness participantes de todo el país • Acceso a las instalaciones básicas del centro de fitness más clases grupales con instructores certificados, que se centran en la agilidad, el equilibrio, la salud cardiovascular, la coordinación, la flexibilidad y la amplitud de movimientos • Kits domésticos para miembros que no puedan ir a un centro de fitness por lesiones, enfermedades o estar confinados en su casa • Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios. Para obtener su número de id. de miembro de SilverSneakers®, visite SilverSneakers.com/Eligibility o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST.	$0 de copago por programas de fitness cubiertos.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Programas de educación para la salud y el bienestar **Educación para la salud** El programa de Educación para la Salud está diseñado para ayudarlo a desarrollar conocimientos y competencias de cuidado personal, y para fomentar la motivación y la confianza necesarias para usar esas competencias para mejorar y mantener su salud. Estos servicios de educación los prestan educadores médicos certificados u otros profesionales autorizados, e incluyen acseso a información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, señales y síntomas a los que se deben estar atentos, estrategias y técnicas de cuidado personal, restricciones en la alimentación y orientación nutricional mediante material escrito y sesiones individuales e interactivas de coaching por teléfono. Hay un programa de educación para la salud que se ofrece a todos los miembros en los que se identifica la necesidad de educación sobre una enfermedad o una condición específicas, mediante una evaluación de riesgos de salud, o una remisión generada por el propio paciente o por un médico. **Línea directa de enfermería 24/7** Los miembros pueden llamar a la línea directa para hablar con un enfermero certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información médica, orientación y apoyo relacionado con una preocupación de salud inmediata o preguntas sobre una condición médica específica, sin costo extra. Los miembros pueden comunicarse con la línea directa de enfermería al 1-855-238-4687. Los usuarios de TTY deben marcar 711. Las llamadas a estos números son gratis.	No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de educación para la salud y el bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos servicios complementarios de atención de la audición de rutina, incluyendo: • Examen auditivo de rutina - 1 cada año • Adaptación y evaluación de audífonos*, 1 al año; • Audífonos* Nuestro plan paga hasta $1,000 cada 2 años por audífonos. El beneficio máximo de $1,000 se aplica a los dos oídos combinados. Los servicios los debe prestar un proveedor que participe en la red de proveedores de audición del plan.	$0 de copago por exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio. $0 de copago por exámenes de audición de rutina complementarios, por adaptación y evaluación de audífonos, y por cada audífono.
Examen médico para detectar el VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$0 de copago por cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa Para la terapia de infusión a domicilio se necesita un equipo médico duradero y un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Consulte las secciones correspondientes de la tabla de beneficios médicos para obtener información sobre los costos compartidos. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	20% de coseguro por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Cuidados paliativos Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de red o un proveedor de fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <u>Para los servicios de hospicio que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y Parte B que pueda haber que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita los servicios necesarios de no urgencia o no emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido abajo Pago-por-servicio de Medicare (Medicare Original)	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por su plan. No se cobra coseguro, copago ni deducible por una sola visita de consulta antes de seleccionar el hospicio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Cuidados paliativos (continuación) Servicios cubiertos por su plan, pero no por las Partes A o B de Medicare: su plan seguirá cubriendo los servicios que no cubran las Partes A o B, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado Cada período de beneficios empieza el día en el que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospitales de agudos, hospitales de acceso crítico, centros de rehabilitación con hospitalización, hospitales de atención a largo plazo, atención hospitalaria como parte de un estudio de investigación clínica que califique y atención de salud mental). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios hospitalarios (o atención especializada en un SNF) por 60 días corridos. Si ingresa al hospital después de que ha terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	Nuestro plan cubre 90 días de estancia en el hospital como paciente hospitalizado por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. Los copagos se cobran desde el día del ingreso hasta el día del alta (si corresponde). $200 de copago por día para los días 1 al 5 $0 de copago por día para los días 6 al 90 $0 de copago al día por cada día de reserva en toda la vida. Los días de reserva en toda la vida suman 60 días adicionales de cobertura de estancia si permanece en el hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva en toda la vida se pueden usar una sola vez. A menos que sea una emergencia, su médico debe decirle al plan que a usted lo van a ingresar en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si su plan da servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transportación y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos	Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. Nuestro plan cubre 90 días por cada período de beneficio. El período de beneficios empieza el día en que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospitales psiquiátricos, hospitales de agudos a largo plazo y hospitales de rehabilitación, o que reciba atención en un centro de enfermería especializada [SNF]). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios hospitalarios (o atención especializada en un SNF) por 60 días corridos. Si ingresa al hospital después de que ha terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son los días “adicionales” que cubrimos. Si la estancia hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Los 60 días de reserva en toda la vida se pueden usar una sola vez en la vida del beneficiario para que reciba atención en hospitales psiquiátricos o de agudos. Hay un límite de 190 días de por vida por servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite vitalicio de 190 días únicamente si cumplen ciertas condiciones. El límite de 190 días no aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados dados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	Nuestro plan cubre 90 días de estancia en el hospital como paciente hospitalizado por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. Los copagos se cobran desde el día del ingreso hasta el día del alta (si corresponde). $200 de copago por día para los días 1 al 5 $0 de copago por día para los días 6 al 90 $0 de copago por día de reserva en toda la vida. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional *Se pueden aplicar normas de autorización.*	Deberá pagar el 100% de los gastos si elige un SNF o un hospital fuera de la red sin autorización previa (excepto por las hospitalizaciones de emergencia), o si el plan determina que su estancia no está (o ya no está) cubierta por necesidad médica. En algunos casos, tendrá derecho a recibir los servicios mencionados cuando el plan ya no cubra su estancia. Una vez que el plan deje de cubrir la estancia como paciente hospitalizado, cubrirá estos servicios como se describe en esta tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Beneficios de comidas (después de la estancia en un hospital de agudos) Después de que el paciente hospitalizado obtenga el alta, recibirá un máximo de 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual. Para pedir comidas, llame a los Servicios para miembros. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1.	$0 de copago por beneficios de comida.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico. Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.
Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Algunos medicamentos para diálisis a domicilio, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina si es médicamente necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® o Aranesp®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B y Parte D.	20% de coseguro por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. 20% de coseguro por medicamentos de la Parte B que se inyectan durante radioterapia. El copago por el especialista correspondiente se cobra cuando el servicio se presta en el consultorio del especialista.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Examen médico y tratamiento de obesidad para promover una pérdida sostenida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura para tratar el OUD mediante un programa de tratamiento de opiáceos (OTP) que incluya los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos; • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde); • Consejería por el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión; • Evaluaciones periódicas. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$30 de copago por los servicios cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias *Se pueden aplicar normas de autorización.*	Además del copago por la visita en el consultorio, se aplican los siguientes copagos por servicios cubiertos por Medicare: <u>Servicios de laboratorio y radiografías ambulatorias:</u> $0 de copago <u>Servicios de radioterapia (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u> Coseguro del 20% <u>Servicios de radiología diagnóstica:</u> • $25 de copago para ecografías y ecocardiografías • $50 de copago por pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, CT y MRI • $100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT y otras pruebas de medicina nuclear; • 20% de coseguro por medicamentos y medios de contraste de la Parte B que se inyecten durante un servicio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	<u>Procedimientos y pruebas de diagnóstico:</u> • $25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea • $75 de copago por estudios del sueño y exámenes psicológicos Todos los servicios de laboratorio y de radiología que se presten en un centro ambulatorio están sujetos al copago del centro ambulatorio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que cubramos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos. **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$150 de copago por cada estancia en observación cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	Servicios prestados en centros de cirugía ambulatoria: • $25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios: • $55 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. • $75 de copago por visita por servicios de oxígeno hiperbárico. $150 de copago por visita por todos los demás servicios que se presten en centros hospitalarios ambulatorios (excepto rehabilitación cardiovascular/pulmonar y terapia de ejercicio supervisada; consulte las secciones correspondientes en esta tabla de beneficios).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera especializada, un ayudante de médico, u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Nuestro plan también cubre servicios de salud mental mediante telesalud. Consulte la sección Servicios prestados por médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo visitas en el consultorio, en la tabla de beneficios médicos.	$15 de copago por sesión de terapia grupal cubierta por Medicare. $30 de copago por visita cubierta por Medicare por: • Sesiones de terapia individual • Servicios de salud mental mediante telesalud

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Centros integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORFs). *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$25 de copago por visita para: • Terapia ocupacional cubierta por Medicare; • Servicios de fisioterapia y de tratamiento de patologías del habla y del lenguaje cubiertos por Medicare. Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios de servicios ambulatorios de hospital.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Nuestro plan cubre sesiones individuales y grupales para pacientes que recibieron el alta después de una estancia como paciente hospitalizado para recibir tratamiento por consumo de sustancias o que necesiten tratamiento, pero no con la disponibilidad y la intensidad de los servicios que se prestan en un hospital.	20% de coseguro por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". *Se pueden aplicar normas de autorización.*	Servicios prestados en centros de cirugía ambulatoria: • $25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios: • $150 de copago por visita por todos los demás servicios que se presten en centros hospitalarios ambulatorios
Beneficios en productos de venta libre (OTC) Nuestro plan cubre medicamentos y artículos médicos elegibles por Medicare para uso personal del beneficiario. Llame a los Servicios para miembros o visite nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, para obtener instrucciones específicas sobre el uso de este beneficio y consultar nuestra lista de medicamentos y artículos médicos OTC cubiertos. Busque la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1. De acuerdo con las directrices de Medicare, solo se pueden comprar artículos OTC para el miembro.	$0 de copago por artículos OTC cubiertos hasta la cantidad asignada mensual del beneficio. Nuestro beneficio tiene un límite de $50 al mes. La cantidad del beneficio no es acumulable de un mes a otro.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$55 de copago al día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo atención médica básica, especializada y de salud mental. o Tiene la opción de recibir estos servicios en una visita presencial o mediante una consulta de telesalud. Si elige usar telesalud, debe buscar un proveedor dentro de la red que actualmente ofrezca el servicio por este medio. Para los servicios del PCP y de especialistas, pregúntele a su proveedor personal si acepta consultas por teléfono inteligente, teléfono normal, computadora o tablet. Para los servicios de salud mental mediante telesalud, puede consultar a proveedores asociados con MDLive. Llame a MDLive al 1-855-849-3650 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o visite su sitio web, www.MDLive.com/UltimateMedicare, para obtener más información sobre cómo consultar a los proveedores de salud mental mediante telesalud.	$0 de copago por consulta (presencial o mediante telesalud) con un proveedor de atención primaria (PCP). $30 de copago por consulta (presencial o mediante telesalud) por: • Visitas al médico especialista • Sesiones individuales de terapia ambulatoria de salud mental.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas al consultorio (continuación) • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de apoplejía, independientemente del lugar donde esté. • Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno mental concurrente, independientemente del lugar donde estén. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La consulta no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días **y** o La consulta breve no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de un plazo de 24 horas, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La evaluación no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días **y** o La evaluación no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas al consultorio (continuación) • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores *Se debe tener una remisión.*	$30 de copago por visita por servicios de podología cubiertos por Medicare.
Examen médico para detectar el cáncer de próstata Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (APE)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Dispositivos prostáticos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte "Cuidado de Visión" más adelante en esta sección para mayores detalles. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	20% de coseguro por aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	$25 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor del hospital.
Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas que tienen entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante, al menos, 30 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos exámenes diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)	20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare. $0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, "Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare". *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "Atención en un centro de enfermería especializada", consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces "SNFs".) No se requiere hospitalización previa. El plan cubre 100 días por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).	El plan cubre 100 días por período de beneficios. Se cobrarán los copagos aplicables por período de beneficios. Para estancias en el SNF cubiertas por Medicare: $0 de copago al día por los días 1 a 20 por ingreso.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención de un centro que no pertenece a un proveedor de la red si éste acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital.	$150 de copago al día por los días 21 a 40 por ingreso. $0 de copago al día por los días 41 a 100.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) El período de beneficios empieza el día en que ingresa a un centro de enfermería especializada (o a un hospital, incluyendo hospitales psiquiátricos, hospitales de agudos a largo plazo y hospitales de rehabilitación). Termina cuando usted no ha recibido atención de enfermería especializada (ni como paciente hospitalizado) durante 60 días corridos. Si usted ingresa al Centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir varias hospitalizaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización.*	
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales. Si usted consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco podría afectar: Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos asesoría para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales. Además de lo que se describe arriba, también cubrimos, como beneficio complementario, intentos de dejar de fumar o consumir tabaco adicionales a lo que incluye el beneficio de servicios preventivos. Cubrimos una cantidad ilimitada de intentos sin ningún costo extra. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$25 de copago por servicios y terapia de ejercicio supervisada (SET) cubiertos por Medicare en el consultorio del PCP o del especialista, en un centro independiente o en un proveedor del hospital.
Transporte Nuestro plan cubre 20 viajes de ida o de vuelta a cualquier lugar que aprobemos, por año de beneficios. Póngase en contacto con Servicios para miembros con 72 horas de antelación para programar su traslado teniendo la siguiente información a mano: Fecha y hora de la cita, dirección de destino, número de teléfono del consultorio y nombre del médico o el proveedor de asistencia médica que lo atenderá.	$0 de copago por tramo de ida por servicios de traslado a centros médicos aprobados por el plan.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. El costo compartido por servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red. Los servicios necesarios de urgencia solo se cubren dentro de los EE. UU.	$10 de copago por visita por servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare. Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación).	$0 de copago por examen de optometría. $20 de copago por examen de oftalmología. Nuestro plan cubre hasta $200 al año en anteojos, incluyendo la combinación de monturas y lentes. $0 de copago por: • Lentes de contacto O • 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar Y/O • 1 armazón de anteojos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red

Cuidado de la vista (continuación)
Nuestro plan también cubre beneficios complementarios, un examen de la vista de rutina* y un beneficio por una cantidad anual de hasta $200 en anteojos:
• Un (1) examen ocular rutinario cada año*
• Una (1) de las siguientes:
  ○ Lentes de contacto hasta el límite anual del beneficio.
  ▪ No se cubre la adaptación de lentes de contacto.
  ○ Un (1) par de lentes de anteojos estándar (monofocales, bifocales o trifocales) al año o una (1) montura para anteojos al año.
• Cambio a lentes progresivos*
• Un (1) par adicional de anteojos de sol recetados O de lentes fotocromáticos al año*.
• Los beneficios para después de una cirugía de cataratas incluyen:
  ○ 1 montura de una selección especial Y/O
  ○ Lentes de anteojos estándar (monofocales, bifocales o trifocales) que sean médicamente necesarios, sin límite para lentes para después de cirugías de cataratas.
  ○ En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio anual de $200 para productos para la vista.
La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos. El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para productos para la vista. El beneficio de anteojos de sol recetados O de lentes fotocromáticos es adicional al beneficio para anteojos y no afecta el límite anual de este beneficio. Opción de elegir anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) y monturas especiales O lentes fotocromáticos.
	$50 de copago para cambiar a lentes progresivos.
	
	$40 de copago por un (1) par de anteojos de sol recetados.
	
	$30 de copago por un (1) par de lentes fotocromáticos.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** al obtener estos servicios dentro de la red
Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare"

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

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare, y por lo tanto, este plan no los cubre. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto.)

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

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		✓ Cubiertos para el dolor lumbar crónico.
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
La atención de apoyo es atención personal que se da en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.		✓ Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación).
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa.	✓	
Entrega de comidas en su hogar		✓ Cubrimos una cantidad limitada de comidas después de que el paciente hospitalizado reciba el alta. Consulte la tabla de beneficios médicos de este Capítulo para obtener información sobre las comidas que cubrimos.
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los cuales están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente externo o paciente hospitalizado.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ La manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones está cubierta.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cuidado dental de rutina, tales como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓ Cubrimos atención dental de rutina limitada. Consulte la tabla de beneficios médicos de este Capítulo para obtener información sobre los servicios de atención dental de rutina que cubrimos.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.		✓ Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de la cirugía de cataratas. También cubrimos exámenes de la vista de rutina, anteojos y lentes de contacto. Consulte la Tabla de beneficios médicos en este Capítulo para obtener detalles.
Atención de rutina de los pies		✓ Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare, (p. ej., si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos rutinarios, prótesis auditivas o exámenes para adaptar las prótesis auditivas.		✓ Cubrimos exámenes de audición de rutina, exámenes de adaptación y audífonos. Consulte la Tabla de beneficios médicos en este Capítulo para obtener detalles.
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 124

Sección 1.1 Este Capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 124

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D 125

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan 126

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red 126

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red 126

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de envío por correo del plan 127

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos? .. 128

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? 129

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 130

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 130

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la lista de medicamentos 131

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 132

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 132

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 132

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 133

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos? 134

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto? 135

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto 135

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? 136

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto? 138

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? 139

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 139

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 139

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 142

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 142

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica 144

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 144

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted? 144

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 144

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan? 144

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)? 145

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados? 145

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? 146

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos 147

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura 147

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos 148

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 149

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

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de la cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica” (también conocido como “Anexo de Subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para miembros y pida el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este Capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente Capítulo le indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, nuestro plan también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan: A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le dan durante las estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le indica los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estancia en el centro de enfermería especializada u hospital cubierto, así como sus beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal ni con las condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de centro de cuidados paliativos, consulte la sección de centro de cuidados paliativos, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y de Medicare Original.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado/a para emitir recetas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que las llame o que vaya a una consulta, debe consultarles a las personas que le escriben recetas si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que receta envíe la documentación necesaria que se procesará.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en el plan de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de Medicamentos”). (Vea la Sección 3, Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta médica surtidos en las farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta médica cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com) o comunicarse con Servicios para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta médica al proveedor o puede solicitar que su receta médica se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: este escenario sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos "de pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos.

Cuando utiliza nuestro servicio de envío por correo del plan, debe solicitar **un suministro para 90 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite la sección Prescription Drug Forms (Formularios de medicamentos con receta) en la página Forms & Resources (Formularios y recursos) de nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, o comuníquese con los Servicios para miembros para recibir asistencia (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

Por lo general, las compras que haga a través de este servicio llegarán a su domicilio en el plazo máximo de 14 días. Sin embargo, si el pedido se demora, llámenos al 1-800-311-7517 (usuarios de TTY, al 711) inmediatamente para que podamos coordinar para que recoja el medicamento en su farmacia local. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad, y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si opta por no utilizar el servicio de surtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que se le va a acabar el medicamento que tiene para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

Para salirse del programa de resurtido automático de recetas por correo, llámenos al 1-800-311-7517 (los usuarios de TTY, al 711). Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Así que la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de dar a la farmacia los datos para que se ponga en contacto con usted. Puede llamarnos al 1-800-311-7517 (los usuarios de TTY, al 711) para decirnos cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro extendido”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con

regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.) Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden proporcionar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos "de pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de venta por correo de nuestro plan requiere que solicite un surtido para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta médicas puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se encuentran las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, o pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos que se surtan en una farmacia que no pertenece a la red si sigue todas las demás reglas de cobertura que se describen en este documento y no hay disponible una farmacia de la red.
- Si no consigue un medicamento cubierto que necesite inmediatamente porque no hay farmacias de la red abiertas a una distancia razonable en auto.
- Si su receta es para un medicamento de especialidad o único que las farmacias de la red no suelan tener en stock.
- Si lo evacúan de su casa por un desastre u otra emergencia sanitaria declarada a nivel estatal o federal, y no tiene acceso a una farmacia de la red.

- Si obtiene un medicamento con receta cubierto en la farmacia de una institución mientras es paciente de una sala de emergencias, una clínica que factura por proveedor, una clínica de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicios para miembros** para ver si existe una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) al momento de surtir su receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

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

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

El plan cuenta con una *“Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”.* En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla**.

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

Los medicamentos en la Lista de medicamentos incluyen solamente los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este Capítulo explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este Capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.)
- -- *o* -- respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y con frecuencia cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

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

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el grupo de distribución de costos, más alto será el costo que deberá pagar por el medicamento:

- El **Nivel 1 de costo compartido (genérico)** incluye medicamentos genéricos. Este nivel también ofrece medicamentos al menor costo.
- El **Nivel 2 de costo compartido (marca preferida)** incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 4 de costo compartido (nivel de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión estrecha. Este es el nivel de mayor costo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

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

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

Tiene cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte electrónicamente nuestra lista de medicamentos más reciente.
2. Visite el sitio web del plan (www.ChooseUltimate.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Comuníquese con Servicios para miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o solicite una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
4. Su proveedor de atención primaria puede decirle qué medicamentos cubre su plan.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta médica, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su estado médico y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las maneras más efectivas. Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como **“autorización previa”**. Algunas veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado sirve para alentar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito le motiva a probar un medicamento menos costoso pero igual de efectivo antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener al limitar cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para ver la información más actualizada, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con Servicios para miembros para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta médica que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o está pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea. O puede haber límites en la cantidad del medicamento (número de píldoras, etc.) que se cubra durante un período determinado. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente. El plan pone cada medicamento cubierto en uno de cuatro niveles diferentes de costos compartidos. Cuánto paga por su receta médica depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para tener el medicamento cubierto.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- – *o* – el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este Capítulo le explica las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos 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 fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si tiene una receta para menos días, permitiremos que se hagan varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es adicional a la situación al suministro de transición temporal que se indica arriba.

- Para miembros que estén inscritos en el plan hace más de 90 días y tengan cambios en su nivel de atención (de un tipo de tratamiento a otro): es posible que haga una transición no planificada, como el traslado de un hospital a un centro de atención a largo plazo. Si esto sucede, y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos se ve limitada, pero hace más de 90 días que es miembro del plan, cubriremos un suministro temporal de 30 días (o 31 días si vive en un centro de atención a largo plazo) en farmacias de la red. Esto le dará tiempo para hablar con su médico sobre otras opciones de tratamiento. Después del suministro del primer mes en estas situaciones, deberá seguir el proceso de excepción del formulario del plan. Por definición, hay un cambio en el nivel de atención cuando los miembros:
  - Ingresan en un centro de atención a largo plazo (LTC) desde un hospital u otro ámbito.
  - Abandonan un centro de atención a largo plazo (LTC) y regresan a la comunidad.
  - Reciben el alta hospitalaria para regresar a su hogar.
  - Finalizan una estancia en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare Parte A (cuando se cubren todos los cargos de farmacia) y deben regresar a la cobertura del formulario del plan de la Parte D;
  - Regresan del estado de cuidados paliativos a los beneficios estándares de Medicare Parte A y Parte B; o
  - Reciben el alta de un hospital psiquiátrico con un tratamiento farmacológico sumamente individualizado.

Para solicitar un suministro temporal, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le explican más sobre estas opciones.

Usted puede cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. Usted puede llamar a Servicios para miembros y pedir un lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Usted puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que también podría funcionarle. Usted puede llamar a Servicios para miembros y pedir un lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en nuestro Nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede 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 (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de una cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. Puede comunicarse con Servicios para

Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura afectan de inmediato a su medicamento?

Cambios que le pueden afectar ese año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **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 ambos)**
    - Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas o menos restricciones. Asimismo, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero que inmediatamente lo traslademos a un nivel de costo compartido más alto o que agreguemos nuevas restricciones o los dos.
    - Es posible que no le avisemos con antelación antes de hacer el cambio, aunque esté tomando actualmente el medicamento de marca.
    - Usted o la persona que hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho. Esto también incluirá instrucciones para pedir una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento podría retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.

- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**

    - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido, o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un nuevo surtido para 30 días del medicamento de marca que está tomando, en una farmacia de la red.
    - Después de que reciba aviso del cambio, debe trabajar con quien emita la receta para cambiar al medicamento diferente que cubramos.
    - O, usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a medicamentos en la en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si continúa en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. No recibirá aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que revise la Lista de medicamentos del año nuevo del beneficio para ver si hay algún cambio a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección excepto por determinados medicamentos excluidos que se cubren dentro de nuestra cobertura ampliada de medicamentos. La nica excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo 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 generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
    - Por lo general, la cobertura para “uso para indicaciones no autorizadas” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para indicaciones no autorizadas”.

Además, de acuerdo a la ley, las categorías de medicamentos que no están cubiertos por los planes de Medicare: Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. Se da más información a continuación).

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta médica normalmente no cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Cubrimos medicamentos que se pueden utilizar para el tratamiento de disfunciones eréctiles o sexuales. Establecemos un límite de cantidad mensual de este medicamento cuando se receta con ese fin. La cantidad que paga cuando surte una receta de estos medicamentos no cuenta para hacerle elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare** para pagar sus recetas médicas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para miembros si desea más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta médica que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicare en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta médica cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan cuando surte su receta médica, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte). Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla con todas las normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingrese, viva o salga de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo cancelar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente).

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **surtido temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días o menos si tiene una receta para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede dar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido 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 un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

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

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

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

Aviso especial sobre la 'cobertura aceptable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta médica para el siguiente año calendario es "aceptable" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

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

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

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, medicamentos laxantes o medicamentos contra el dolor que no estén cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no se relacionan con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea de quien le escribe las recetas médicas o de su proveedor de cuidados paliativos, en la que se explique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a quien le escribe las recetas médicas que se asegure de que recibamos la notificación en la que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta médica.

Si usted revocara su elección de centro de cuidados paliativos o si fuera dado de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o su condición de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección acerca de las reglas para obtener cobertura de

medicamentos bajo la Parte D; el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) proporciona más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos

Contamos con un programa que puede ayudarnos a asegurar que nuestros miembros usan de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta médica y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiacepina que cubriremos para usted

Si pensamos que una o más de estas limitaciones debería aplicar para usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique las limitaciones que, en nuestra opinión, deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de hacer mal uso de los medicamentos con receta o con la limitación, usted o la persona que receta tiene derecho a pedirnos una apelación. Si opta por apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse presentar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, o si está recibiendo atención de hospicio, atención paliativa o por enfermedad terminal, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos con costos altos para diferentes condiciones médicas o que están en un DMP que ayuda a los miembros a tomar los opiáceos de forma segura pueden obtener servicios mediante el programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y los medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta revisión. El resumen tiene un plan de acción médico que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos y tendrá espacio para que usted haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta que tenga de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para poder hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve consigo, además, su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con sus documentos de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 153

Sección 1.1 Utilice este Capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 153

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 154

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál "etapa de pago de medicamentos" se encuentra cuando obtiene el medicamento 154

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Premier de Ultimate? 154

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra 156

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "Parte D EOB") 156

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 157

SECCIÓN 4 No hay deducibles en nuestro plan 158

Sección 4.1 No paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D 158

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte 158

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 158

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 159

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 161

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días) 162

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos lleguen a $4,430.00 163

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de periodo sin cobertura, el plan da alguna cobertura de medicamentos 164

Sección 6.1 Usted permanece en la etapa del período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a $7,050.00 164

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 165

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos 167

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 167

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 167

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 167

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 168

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna 168

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicios para miembros antes de recibir una vacuna 170

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

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de la cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica” (también conocido como “Anexo de Subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para miembros y pida el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este Capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este Capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos la palabra “medicamento” en este Capítulo para referirnos a un medicamento con receta médica de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que brindamos en este capítulo, debe conocer lo fundamental de cuáles medicamentos están cubiertos, donde surtir sus recetas médicas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, le llamamos la “Lista de medicamentos”.
    - Esta Lista de medicamentos indica cuáles medicamentos están cubiertos para usted.
    - Además, le indica en cuales de los cuatro “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura de medicamentos.

  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica, incluidas las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta médica no cubre nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y hay tres formas de pagarlo.

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

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál “etapa de pago de medicamentos” se encuentra cuando obtiene el medicamento

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay tres “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta por parte de nuestro plan. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas está en el momento en que obtiene un surtido o nuevo surtido de una receta médica.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Ya que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.	Esta etapa empieza cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de **$4,430.00**. (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.) Durante esta etapa, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas serán copagos de $35.00.	Para los medicamentos genéricos, usted hace un copago de $0 por un suministro de un mes en el nivel 1. En el caso de medicamentos de marca, usted paga 25% del precio (más una parte de la tarifa de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de bolsillo"** (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de $7,050.00. Este monto y las reglas para cómo cuentan los costos para este monto han sido establecidas por Medicare. (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo.) Durante esta etapa, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas serán copagos de $35.00.	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2022). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.)

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

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

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta médica y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta médica en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se denomina gasto **"de bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D" cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta médica a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información del "del año a la fecha". La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información tendrá el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Acá se incluirá información de otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo con receta que puedan estar disponibles.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas médicas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía de plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que pague por medicamentos con receta médica cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí presentamos algunas situaciones en las que le aconsejamos que nos dé copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
    - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducibles en nuestro plan

Sección 4.1 No paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.

No hay deducibles en nuestro plan. Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta médica cubiertos, y usted paga su parte (su copago o monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene cuatro niveles de costo compartido

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

- El **Nivel 1 de costo compartido (genérico)** incluye medicamentos genéricos. Este nivel también ofrece medicamentos al menor costo.
- El **Nivel 2 de costo compartido (marca preferida)** incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 4 de costo compartido (nivel de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión estrecha. Este es el nivel de mayor costo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus medicamentos con receta médica, consulte el Capítulo 5 en este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Tal como se muestra en la tabla siguiente, el monto de copago o coseguro depende del nivel al que pertenece su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si el costo del medicamento cubierto es menor que el monto del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea más bajo*.
- Cubrimos los medicamentos con receta médica que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica que surtió en una farmacia que no pertenece a la red.

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

	Costo compartido estándar para farmacia (en la red) (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido para atención médica a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 2 de costo compartido (Marca preferida e insulinas selectas)	**$35** de copago	**$35** de copago	**$35** de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	**$70** de copago	**$70** de copago	**$70** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Coseguro del **33%**	Coseguro del **33%**	Coseguro del **33%**

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta médica cubre el suministro de un medicamento cubierto durante un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuando se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago será con base en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "tasa de costo compartido diario") y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.
    - Le presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Significa que el monto que paga por su medicamento es de $1 por día. Si recibe suministro de medicamento para 7 días, su pago será de $1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo. Esto le ayudará a planificar mejor la fecha de surtido para diferentes recetas médicas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también conocido como "suministro extendido") cuando surte su receta médica. Un suministro de largo plazo es un suministro *de* 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

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

- Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto son menores que la cantidad del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea más bajo*.

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

	Costo compartido estándar para farmacia (en la red) (suministro de 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico)	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 2 de costo compartido (Marca preferida e insulinas selectas)	**$105** de copago	**$70** de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	**$210** de copago	**$140** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Nivel de especialidad)	No está cubierto	No está cubierto

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos lleguen a $4,430.00

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta médica que haya surtido y resurtido alcance el límite de **$4,430.00 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D pagó:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:
    - El total que usted pagó como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que pagó el plan como** su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, el monto que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta hacia el costo total de sus medicamentos).

Le ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Es posible que los pagos que se hacen por estos medicamentos no cuenten para su límite de cobertura inicial o para los costos de bolsillo totales. Para averiguar cuáles medicamentos cubre su plan, consulte la lista de medicamentos cubiertos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar control de cuánto han gastado usted y el plan, como así también cualquier tercero, en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite anual de $4,430.00.

Le informaremos si llega a esta cantidad de $4,430.00. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de periodo sin cobertura, el plan da alguna cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la etapa del período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a $7,050.00

Cuando usted está en la Etapa del espacio de cobertura, el Programa de descuentos durante el espacio de cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted pague como el monto del descuento del fabricante cuentan hacia sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para el gasto directo de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales fuera de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, dicha cantidad es de $7,050.00.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de bolsillo. Cuando llegue al límite de gastos de bolsillo de $7,050.00, saldrá de la etapa del período sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para el período sin cobertura para insulinas selectas. Además, en la etapa de intervalo sin cobertura, sus costos de bolsillo para tipos seleccionados de insulina serán de $35.00. Para saber cuáles son las insulinas selectas, consulte la lista de medicamentos más reciente, que le enviamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas selectas con el indicador “SI” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo).

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

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus costos de bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos sí <u>se incluyen</u> en sus costos de bolsillo

Al realizar la suma de los costos de bolsillo, **<u>puede incluir</u>** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - La etapa de cobertura inicial
    - Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta médica de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, los mismos se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o un familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de salud para la población india estadounidense. Los pagos efectuados por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $7,050.00 en costos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos directos de su bolsillo

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no está permitido incluir** ninguno de estos tipos de pago por medicamentos con receta médica:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos con receta médica de las Partes A o B.
- Los pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta médica que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte de o todos sus costos de bolsillo de medicamentos, debe informarle a nuestro plan Comuníquese con Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El resumen *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (la sección 3 de este Capítulo le explica este informe). Cuando llegue a un total de $7,050.00 en gastos de bolsillo para el año, este informe le explicará que ha salido de la etapa del período sin cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

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

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,050.00 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, lo que sea la cantidad *mayor*:
  - – *ya sea* – coseguro de 5% del costo del medicamento.
  - –*o*– $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Nuestro plan ofrece cobertura adicional para una cantidad limitada mensual de medicamentos selectos para la disfunción eréctil. Consulte nuestra lista de medicamentos para obtener más información.

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna

Nuestro plan da cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama "administración" de la vacuna).

¿Qué paga usted 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** (para que se la administran).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **¿Quién le administra la vacuna?**

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

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto. (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una facture que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro O el copago normales por la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que cobre el médico por administrar la vacuna.

Sección 9.2 Le recomendamos que llame a Servicios para miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarle. Recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando planee recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

- Le podemos decir cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos 173

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 173

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió..... 176

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago..... 176

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 177

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos..... 177

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el médico 177

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 178

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo..... 178

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

En ocasiones cuando recibe atención médica o algún medicamento con receta médica, será necesario que pague al momento el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

A continuación encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe servicios necesarios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable solamente del pago de su parte del costo, no del costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto completo en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

Si acude a una farmacia que no pertenece a la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, puede ser que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos los medicamentos con receta médica surtidos en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica debido a que no tiene su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

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

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede hacer la solicitud de pago completando nuestro formulario Reembolso directo para miembros (DMR).

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web o llamar a los Servicios para miembros y pedir el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos pagados que pueda haber a esta dirección:

Para atención médica:
UHP Corporate Office
1244 Mariner Blvd.
Spring Hill, FL 34609
Fax: (352) 835-7169
www.ChooseUltimate.com

Para medicamentos con receta de la Parte D:
OptumRx Claim Department
PO Box 650287
Dallas, TX 75265
www.Optumrx.com

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el artículo, o el medicamento.

Póngase en contacto con Servicios para miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos.)
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el médico

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y proporciona las definiciones de los términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que deberá informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, usted nos indica sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Hay aquí dos situaciones en las que deberá enviarnos las copias de los recibos para indicarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compre un medicamento por un precio inferior a nuestro precio

En ocasiones, cuando está en la Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia dentro de la red** por un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuentos que está fuera de nuestro beneficio, la cual ofrece un precio inferior.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta: Si está en la Etapa de período sin cobertura, es posible que no le paguemos por ninguna parte de estos costos de medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta: Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte del costo de este medicamento. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

Ya que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 182

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 182

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 182

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 183

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 184

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 186

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 188

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 189

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 189

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades 190

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 190

SECCIÓN 3 Ultimate Health Plans cuenta con la acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) 192

Sección 3.1 Como plan médico acreditado por el NCQA, nos exigen distribuir una declaración especial sobre derechos y obligaciones 192

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, presente una queja formal en nuestro departamento de Quejas Formales (Grievance Department) llamando a los Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo o puede comunicarse con el Servicios para miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más acerca de esto). Llame a Servicios para miembros para obtener información acerca de los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta médica en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto indica lo que usted puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 indica lo que usted puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información de salud personal. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su "información personal de salud" incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le proporcionan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito llamado "Aviso de prácticas de privacidad" que habla sobre 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 que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está proporcionando cuidado o pagando su cuidado, *se nos requiere que obtengamos el permiso escrito de usted primero*. El permiso escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud incluida la información sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare divulga su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener varias clases de información de nosotros. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que le vaya bien a usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere los tipos de información siguiente, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual):

- **Información acerca de nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del Estrella del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red incluidas nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores y farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
    - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresas en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com.

- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
    - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
    - Si usted tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, por favor, llame a nuestros Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia que no pertenece a la red.
    - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Ese Capítulo le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo realizar un reclamo sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
    - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por la atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto quiere decir que tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea,* puede:

- Llenar un formulario escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **"instrucciones anticipadas"**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados **"testamento en vida"** y **"mandato para atención médica"** son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea realizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee proporcionar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe anticipadamente que será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital**.

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no una instrucción anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó una declaración de voluntad y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante

Agency for Health Care Administration (AHCA)
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
Línea gratuita: 1-888-419-3456 (TTY 1-800-955-8771)

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación puede encontrarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta publicación de *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y qué es lo que usted paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Debe informarnos si tiene otra cobertura de seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta además de nuestro plan.** Comuníquese con Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
    - Debemos seguir las normas que establecen Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. A esto se le llama **"coordinación de beneficios"** debido a que involucra la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la "Coordinación de beneficios", consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden por medio de darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

- Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.

- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.
  - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre “Cómo presentar una apelación”.
  - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si se requiere que usted pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Indíquenos si se muda.** Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a nuestros Servicios para miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o preocupaciones.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas para llamar a Servicios para miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.
  - Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

SECCIÓN 3 Ultimate Health Plans cuenta con la acreditación del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA)

Sección 3.1 Como plan médico acreditado por el NCQA, nos exigen distribuir una declaración especial sobre derechos y obligaciones

Los miembros de Ultimate Health Plans tienen:

- El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Derecho a ser tratados con respeto, y el reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Derecho de colaborar con los médicos para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Derecho a tener una conversación abierta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención prestada.
- Derecho a hacer recomendaciones a la organización sobre su política de derechos y las obligaciones de los miembros.
- La responsabilidad de dar información (en la mayor medida posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesiten para atenderlo.
- La responsabilidad de cumplir los planes e instrucciones médicas que han acordado con sus médicos.
- La responsabilidad de entender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

CAPÍTULO 9

Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones, apelaciones, quejas sobre cobertura)

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

SECCIÓN 1 Introducción 197
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja 197
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 197

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 198
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 198

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 199
Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar reclamos? 199

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES 200

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 200
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia 200
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 201
Sección 4.3 ¿Qué sección de este Capítulo da los detalles de su situación? 202

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 203
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 203
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o le dé la cobertura para la atención médica que quiere) 205
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 209
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2 213
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 215

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 217

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D 217

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 219

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 221

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 222

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 226

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 229

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 231

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos 232

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 233

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 236

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 238

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto 241

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) 241

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 242

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo 243

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo 245

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 246

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores 249

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 249

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 251

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS 253

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes 253

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 253

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 255

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo 256

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad 258

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 258

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, **necesita utlizar el proceso para decisions de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, **necesita utlizar el proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? Depende del tipo de problema que tenga, La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar las cosas, este Capítulo explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema, Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los asesores de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación encuentra dos formas para obtener información directamente de ellos:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar reclamos?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

Para averiguar qué parte de este Capítulo lo ayudará con su problema o preocupación, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta médica en particular tienen cobertura o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta médica).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes"**.

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata con los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta médica, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En determinadas circunstancias, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir sobre si un servicio o medicamento están cubiertos o si Medicare ya no los cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias, se desestimará una solicitud de apelación, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se elimine la solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la realiza una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
- Usted **puede obtener ayuda gratis** del Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
    - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
    - Para los medicamentos con receta médica de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.

- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com). El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este Capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos los detalles de cada una en una sección separada:

- La **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto"
- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto" (*Aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).* Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye productos o servicios médicos así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los productos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan la cubre.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted considera que el plan la cubre.

3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica.

4. Recibió atención médico, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)**, usted deberá leer una sección aparte de este Capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedir que cubramos una estancia en el hospital más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto*.
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto*. Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

   Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que la atención médica que ha recibido va a detenerse, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede poner una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o le dé la cobertura para la atención médica que quiere)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus cuidados médicos, se denomina una **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida"**.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación expedita"**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Generalmente, utilizamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales** después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médicos**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores de fuera de la red) que le pueda ser beneficiosa. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo

informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.

- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 72 horas si su solicitud es por un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
    - **Sin embargo,** para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
    - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
    - Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
    - La carta también le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida para una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
    - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
    - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro del plazo de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al final de ese período), o dentro del plazo de 24 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no aparte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para una solicitud de un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("un período de tiempo extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
    - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro del plazo de 14 días calendario (o si existe un período de tiempo extendido al final de ese período), o dentro del plazo de 72 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no aparte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos -y posiblemente cambiemos- esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, en el Capítulo 2, Sección 1 busque la sección *"Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica".*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica)*.
    - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de "Designación de Representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer la solicitud con una llamada)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"determinación expedita"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección.)
- Si su médico nos indica que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.
  - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
  - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que solicitó**, enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que no ha recibido todavía. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.

- Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le damos una respuesta para la fecha límite anterior correspondiente (o cuando termine el período de tiempo ampliado si nos tomamos días adicionales en su solicitud por un producto o servicio médico), debemos enviarle su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que solicitó,** enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación "rápida" a nuestro plan también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2 La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para 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 en el Nivel 1 tuvo una "apelación estándar", también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2 Si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de **un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

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

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

- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte o todo lo que solicitó en una solicitud por un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el término de 72 horas o dar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes estándar o en el término de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.
- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte de o todo lo que pidió en una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B que está en disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización dice que no aparte de o toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura

que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si desea solicitarnos el pago para la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar el reembolso de su dinero o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos que piden reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para mayor información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios y las razones por que en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que *no* a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para ver instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de venta con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" todo el tiempo.
- Para detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **"Determinación de cobertura"**.

A continuación encontrará unos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
  - La solicitud de cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)*
  - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
  - Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.
- Usted pide que paguemos por un medicamento de venta con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que emita una receta médica deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico y otra persona que emite recetas médicas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.)

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad del costo compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 1. No puede pedir una excepción del monto de copago o coseguro que necesitamos que pague por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

- Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
    - *Que se le solicite utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
    - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes que aceptemos cubrir su medicamento por usted. (Algunas veces se le llama "autorización previa").
    - *Que se le solicite que intente primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Algunas veces se le llama "tratamiento alternativo").
    - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Todos los medicamentos en la Lista están en uno de los cuatro niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto podría reducir su parte del costo por el medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento con nombre de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas ya sea de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de nivel 4: los medicamentos de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione para usted o tengan probabilidad de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 indica cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener los detalles, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D.* O bien, si nos solicita que le devolvamos el pago de un medicamento, diríjase a la sección llamada, *A dónde enviar una solicitud que nos pide pagar nuestra parte del costo para la atención médica o un medicamento que usted recibió.*
- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este Capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos "declaración de apoyo"). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación de cobertura expedita"**.

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un *medicamento que no ha recibido aún*. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una cobertura rápida decisión.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
    - O La carta también le 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. Le explica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra repuesta **en 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requisito.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
    - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Los plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.
    - Si quiere, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una **“reconsideración expedita”**.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

<u>Paso 2:</u> Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
    - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una apelación "rápida".
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que aceptamos dar tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o todo lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago dentro de un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de revisión independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Fechas límite para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de revisión independiente que le dé una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión dentro de un período **de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
    - **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su **"fecha de alta"**.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los 2 días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién va a pagar por ella.
   - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este Capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono está impresos en la contraportada de este folleto) o 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. También podrá ver el avisoen línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha establecida para que salga del hospital.)
    - Si satisface esta fecha tope, se le permite que se quede en el hospital después de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
    - Si no satisface esta fecha tope y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* del cuidado de hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una **"revisión rápida"** de la fecha de su salida. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** se llama también una **"revisión inmediata"** o una **"revisión acelerada"**.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Puede obtener una copia de este aviso al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, **debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada para el alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un periodo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como **paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

- La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación respecto a su alta del hospital. ("Rápido" significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir 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 conoce como una **"apelación expedita"**.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión acelerada".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva**, significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos brindando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
    - Si se quedó en el hospital después de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones 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 decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamo es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.

- El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en una clínica de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*)
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*)

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
   - El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una **"apelación acelerada"**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 8.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada). El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare"**.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este Capítulo se le dice cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
A esta explicación del aviso se le conoce como **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar, o el cuidado de clínica de enfermería especializada, o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

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

- La primera apelación que presenta es en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 - y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en el hogar o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que no a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es "no", usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir 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 de Nivel 1 alterna:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación expedita"**.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión acelerada".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

<u>Paso 2:</u> Nosotros realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.

- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha cuando su cobertura terminó, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si respondemos "*no*" a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamo es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)

<u>Paso 2:</u> La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
    - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este Capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a 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 la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted, si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor necesario en dólares.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.

- Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo dentro **de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes

Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted.* En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de quejas se utiliza *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 reciba. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar un reclamo"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma cómo Servicios para miembros le ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de evaluación.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos dado?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra prontitud en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, se utiliza ese proceso, no el proceso de reclamos. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Si usted nos solicitó que le proporcionemos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y le dijimos que no, puede presentar un reclamo. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- Lo que esta sección llama una **"queja"** también se llama una **"queja formal"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso de quejas"** es **"utilizar el proceso para presentar una queja formal"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito

Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo hará saber. 1-888-657-4170 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

- **Instrucciones para presentar quejas (querellas)**

  <u>¿Quién puede presentar una queja formal?</u>
  Pueden presentar una queja formal usted o alguien que usted designe. La persona que elija actúa como su "representante". Puede designar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o a cualquier otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que otras personas ya estén autorizadas por un tribunal o por la ley estatal para actuar en su nombre. Si elige a alguien que aún no está autorizado por un tribunal o por la ley estatal, usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que le dé a esa persona un permiso legal para que sea su representante. Para recibir indicaciones para designar un representante, llame a los Servicios para miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com.

  <u>Para presentar una queja formal de manera oral</u>
  Llame a Servicios para miembros al 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY, al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.

  <u>Para presentar una queja formal de manera escrita</u>
  Escríbenos:
  Ultimate Health Plans Appeals & Grievances Department
  P.O. Box 6560
  Spring Hill, FL 34611
  O envíe su querella por correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com
  O envíe la queja formal por fax: 1-800-313-2798

Cuando presente una queja formal, incluya:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Número de identificación del miembro;
- Un resumen de la queja y cualquier comunicación anterior con nosotros relacionada con la queja;
- La medida que solicita que tomemos;
- Su firma o la de su representante autorizado y la fecha. Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". (También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.

Plazos para presentar una queja formal:
Aceptamos quejas formales, como máximo, sesenta (60) días después del evento o incidente que dio lugar a la queja formal y, como máximo, sesenta (60) días después de que el miembro o su representante advirtieran por primera vez ese evento o incidente.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida".** Si usted tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un período de 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"queja acelerada"**.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su estado médico nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- **Respondemos la mayoría de las quejas dentro de un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte de o todo su reclamo o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se presenta el reclamo, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O, puede presentar su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención y presentarlo también a la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo cancelar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 261

Sección 1.1 Este Capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 261

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 261

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 261

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 262

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 263

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 265

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? 265

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 265

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo los servicios médicos y los medicamentos por medio de nuestro plan 267

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 267

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su inscripción en el plan en ciertas situaciones 267

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 267

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 268

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 269

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
    - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
    - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La Sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos tiempos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período anual de inscripción y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Periódo anual de inscripción** (también conocido como el “Periodo anual de inscripción abierta”). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.
- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período anual de inscripción?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
    - – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
        - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

          Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en enero 1.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
    - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
    - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, es posible que los miembros de nuestro plan sean elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Periodo de inscripción especial**.

- **¿Quién tiene derecho al Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Periodo de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos, para conocer la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
    - Generalmente, cuando se ha trasladado.
    - Si tiene Medicaid.
    - Si tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
    - Si violamos nuestro contrato con usted.
    - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
    - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).
    - **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos anual, es posible que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10, le informa más sobre los programas de manejo de medicamentos.

- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo de inscripción especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
    - – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2022***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente inscríbase en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este Capítulo para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este folleto).
- --*o*-- Puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción

tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte. ○ **Nota:** Si cancela su inscripción del plan de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Póngase en contacto con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este folleto). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en el plan se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo los servicios médicos y los medicamentos por medio de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membrecía en nuestro plan termine.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos con receta médica únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red incluyendo los servicios de farmacia por correo.
- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su inscripción en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Debemos cancelar su inscripción en el plan en las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que proporcionar cobertura de medicamentos con receta médica.

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y esto nos genera una dificultad para prestarle servicios de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Premier de Ultimate no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (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.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10 información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 272

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 272

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 272

SECCIÓN 4 Notificación sobre los requisitos de accesibilidad y de no discriminación 273

SECCIÓN 5 Notificación sobre servicios de asistencia de idiomas para personas con dominio limitado del inglés 274

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, por favor llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene un reclamo, tal como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicios para miembros le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, nuestro plan, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre los requisitos de accesibilidad y de no discriminación

Ultimate Health Plans cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, ni excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a sus programas y actividades, o el tratamiento o el empleo en ellos. Ultimate Health Plans:

- Presta servicios y asistencia gratis para que las personas con discapacidades puedan tener una comunicación eficaz, como: Intérpretes de lenguaje de señas calificados e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idioma gratis para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: Intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro de Ultimate Health Plans. Si cree que Ultimate Health Plans no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a sus programas y actividades, o el tratamiento o el empleo en ellos, puede presentar una queja formal ante el departamento de Quejas Formales de Ultimate Health Plans. Dirección: P.O. Box 6560, Spring Hill, FL 34611 Teléfono: 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY, deben llamar al 711). Fax: 1-800-313-2798. Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, un Coordinador de quejas de Ultimate Health Plans puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica en el portal de quejas, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

SECCIÓN 5 Notificación sobre servicios de asistencia de idiomas para personas con dominio limitado del inglés

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-657-4170 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-657-4170 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-657- 4170 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-657- 4170 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-657-4170 (TTY: 711)。

ATENCIÓN : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-657-4170 (ATS: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-657-4170 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-657-4170 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-657-4170 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-657-4170 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-657-4170 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-657-4170 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-657-4170 (TTY: 711).

ચના: જો તમે જરાતી બોલતા હો, તો નિ: ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટ"\ ઉપલ ધ છે. ફોન કરો 1- 888-657-4170 (TTY: 711).

เรียน: ถาคุณพดภาษาไทยคุณสามารถใชบริการชวยเหลือทางภาษาไดฟรี โทร 1-888-657-4170 (TTY: 711)

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en donde el plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía con base en el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de custodia: La atención de apoyo es atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Atención de apoyo es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional, tales como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencia, y 2) son necesarios para evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención médica en el hogar: Un asistente de atención médica en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia ni proporcionan terapia.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos de los medicamentos se cubren solo si su médico o proveedor de la red obtienen una “autorización previa” por parte nuestra. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** El proceso de cancelar su membresía en su plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los declaró en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount), también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no deberá pagar una prima mayor.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: La cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario para los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, sección 1.2, para obtener información sobre su máximo de gastos de bolsillo.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y da diversos servicios, entre ellos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta médica, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare,

generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago: Un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio o un medicamento con receta después de que pague los deducibles. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por cada consulta médica o medicamento con receta médica.

Coseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta médica. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costos compartidos: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuandorecibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): Cuidados especializados de enfermería y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un Centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas una enfermera o un médico.

Cuidados paliativos: Un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene el derecho de elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos es su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará un tratamiento especial para su estado.

Deducible: El monto que usted debe pagar por la atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para

solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones relacionadas con la cobertura son llamadas “decisiones relacionadas con la cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierto equipo médico que su médico solicita para uso en el hogar. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia hospitalaria: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D en la cual usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras personas calificadas en su nombre hayan gastado $7,050.00 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: Es el período anterior a que su gasto total anual en medicamentos, incluyendo lo que usted haya pagado y lo que haya cubierto el plan, alcance los $4,430.00.

Evidencia de cobertura (EOC) e información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan

requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: Una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente por un monto mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de nuestro plan, usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos" o le cobren una cantidad mayor a la que el plan dice que le corresponde pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de "costos compartidos" antes. El requisito de costo compartido de los miembros de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de "bolsillo" del miembro.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidades: Una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "lista de medicamentos"): Una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid

varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para indicar todos los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que puede cubrir la Parte D. Es posible que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para conocer una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por servicio"): Medicare Original lo ofrece el gobierno, y no es un plan médico privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medicare: Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con

Medicare pueden obtener su cobertura de salud a través de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta médica de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Parte C: Vea "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: El programa voluntario de beneficios en medicamentos con receta de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como "la Parte D").

Período anual de inscripción: Un período determinado durante el otoño en el que los miembros pueden cambiar de plan médico o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original. El Período anual de inscripción es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y en los centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite al número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: Un tiempo determinado cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que a una persona se la declare elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Período de inscripción especial: Un período determinado en el que los miembros pueden cambiar de plan médico o de medicamentos, o volver a Medicare Original. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y Medicare Parte B. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, tales como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un hogar de ancianos o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores que no pertenecen a la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales que inscribe a las personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan de forma continua, durante 90 días o más, en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos LTC pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), (SNF/NF), centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para atender a los residentes de Medicare en los

centros de atención de largo plazo, un plan institucional de necesidades especiales debe contar con un acuerdo contractual con (o ser su dueño y operador) el o los centros de atención de largo plazo específico.

Plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que esté disponible en su área.

Plan médico de Medicare: Un plan de salud Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan para necesidades especiales (SNP) en instituciones equivalentes: Un Plan institucional de necesidades especiales que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren cierto nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare que las aseguradoras privadas venden para cubrir las "faltas" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura de salud o cobertura de medicamentos con receta médica.

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros en la Parte D que han alcanzado el Período de interrupción en cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre

el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Programa de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y ortodoncia: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidados de la salud. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información acerca de los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención de salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos **“proveedores de la red”** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no hemos negociado para coordinar o dar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para proporcionarle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja: El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza *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 reciba. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Queja: Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o una farmacia, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago.

Servicios cubiertos de Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la “ayuda adicional”.

Tarifa de suministro: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta médica. El cargo por receta cubre costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costos compartidos diario: Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Se presenta, a continuación, un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta médica.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Servicios para miembros de Premier de Ultimate

Método	Servicios para miembros - Información de contacto
LLAME	1-888-657-4170 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año. Servicios para miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. Podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales, en determinadas épocas del año.
FAX	1-800-303-2607
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34606
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

SHINE

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contactos
LLAME	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Programa SHINE - Departamento de Asuntos de Adultos Mayores (Department of Elder Affairs) 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración de revelación de PRA *De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*.