Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2020

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y Su Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare como Afiliado a Allwell Medicare Select (HMO)

En este cuadernillo se brindan detalles sobre la cobertura de los servicios de atención de salud y de medicamentos que requieren receta médica de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención de salud y los medicamentos que requieren receta médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

El plan Allwell Medicare Select (HMO) es ofrecido por Arkansas Health and Wellness Health Plan, Inc. (En esta *Evidencia de Cobertura*, "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a Arkansas Health and Wellness Health Plan, Inc. Utilizaremos las palabras "plan" o "nuestro plan" para referirnos a Allwell Medicare Select (HMO)).

Este documento está disponible en forma gratuita, en español.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-565-9518, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje.

Esta información también está disponible en formatos diferentes, como letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2021.

El *Formulario*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H9630_003_20_14465EOC_SPN_C_09162019

H9630_AR_HMO MAPD Regional
EOC037721SP00
H9630-003
OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de Cobertura para 2020

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si quiere obtener ayuda adicional para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Comenzar como afiliado 4

Se explica lo que significa estar inscrito en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de afiliado al plan y cómo mantener actualizado el registro de afiliación.

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

Se brinda información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (Allwell Medicare Select (HMO)) y con otras organizaciones, entre las que se incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal del seguro de salud para personas con ingresos bajos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos que requieren receta médica y el Consejo de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 45

Se explica lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como afiliado a nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted). 62

Se proporcionan detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan. Se explica cuánto deberá pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D 108

Se explican las reglas que debe cumplir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Se indica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para determinar qué medicamentos están cubiertos. Se indican qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explican los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Se explica dónde puede surtir sus recetas médicas. Se informa acerca de los programas del plan sobre la seguridad y la administración de medicamentos.

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D 135

Se informa sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica) y de qué manera estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Se explican los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se informa lo que debe pagar por un medicamento de cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 157

Se explica cuándo y cómo enviar una factura cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo por los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 165

Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado a nuestro plan. Se indica qué puede hacer si usted considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) 178

Se indica, paso a paso, qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado a nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos que requieren receta médica que considera cubiertos por nuestro plan. Aquí se incluye solicitar que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y solicitar que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos, si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente, entre otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan 241

Se explica cuándo y cómo usted puede cancelar su afiliación al plan. Se detallan situaciones en las que se le exige a nuestro plan cancelar su afiliación.

Capítulo 11. Avisos legales 251

Se incluyen avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 259

Se explican los términos clave utilizados en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Comenzar como afiliado

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Usted está afiliado a Allwell Medicare Select (HMO), que es un plan de HMO de Medicare 6
Sección 1.2 ¿De qué se trata el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan? 7
Sección 2.1 Los requisitos para la cobertura 7
Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B? 8
Sección 2.3 Área de servicio del plan Allwell Medicare Select (HMO) 8
Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de Farmacias y Proveedores*: su guía para todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan 11
Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la *EOB de la Parte D*): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Allwell Medicare Select (HMO) 12
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13
Sección 5.1 ¿En qué consiste la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13
Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 14
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos? 15
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional para la Parte D debido a los ingresos? 15
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional para la Parte D? 16

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional para la Parte D? ... 16
Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga el monto adicional para la Parte D?... 16

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual ... 16
Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varios modos en los que puede pagarla ... 17
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? ... 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan ... 20
Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted... 20

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal ... 21
Sección 9.1 Nos aseguramos de proteger su información médica ... 21

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan ... 22
Sección 10.1 ¿Con qué plan se cubren primero los costos cuando usted tiene otro seguro?... 22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a Allwell Medicare Select (HMO), que es un plan de HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención de salud y de medicamentos que requieren receta médica de Medicare a través de nuestro plan, Allwell Medicare Select (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Allwell Medicare Select (HMO) es un plan Medicare Advantage de HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y gestionado por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan se considera cobertura de salud calificada y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*?

Este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* le informa sobre cómo obtener su atención médica y sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Además, le explica sus derechos y responsabilidades, y lo que está cubierto y lo que debe pagar como afiliado al plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos que requieren receta médica, disponibles para usted como afiliado a Allwell Medicare Select (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios se encuentran disponibles para usted. Le recomendamos que dedique parte de su tiempo a examinar cuidadosamente este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes, o si simplemente quiere hacer una pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted; le explica 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 parte nuestra sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos, en ocasiones, se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2020. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Nuestro plan debe contar con la aprobación de Medicare todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan todos los años. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como afiliado a nuestro plan mientras nosotros decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan?

Sección 2.1 Los requisitos para la cobertura

Usted reúne los requisitos para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Tener Medicare Parte A y Medicare Parte B (en la Sección 2.2 se brinda información sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- Vivir en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, a continuación, describe nuestra área de servicio).
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tenga residencia legal en los Estados Unidos.
- No tener enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si se presenta la ESRD cuando ya está afiliado a un plan que ofrecemos o si estaba afiliado a un plan diferente que haya terminado.

Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se inscribió originalmente en Medicare, recibió información sobre los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Medicare Parte A suele cubrir los servicios brindados por hospitales (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros médicos).

Sección 2.3 Área de servicio del plan Allwell Medicare Select (HMO)

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arkansas: Benton y Washington.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el lugar donde se mude.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

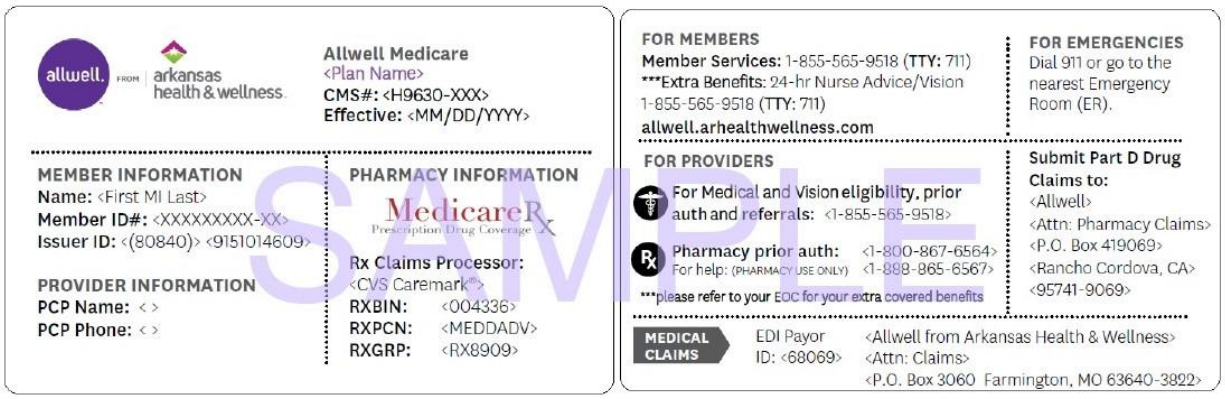
Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos

Los afiliados a los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Allwell Medicare Select (HMO) si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición. Allwell Medicare Select (HMO) debe cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos

Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de afiliado siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos que requieren receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para que vea cómo será la suya:



En la mayoría de los casos, mientras esté afiliado a nuestro plan, **usted <u>no</u> debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidado de enfermos terminales). Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

Esto es muy importante debido a lo siguiente: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de utilizar su tarjeta de afiliado al plan mientras esté afiliado a nuestro plan, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total.

Si su tarjeta de afiliado al plan se daña o se pierde, o si se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.2 El *Directorio de Farmacias y Proveedores*: su guía para todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* enumera los proveedores de la red, las farmacias de la red y los proveedores de equipo médico duradero.

¿Quiénes son los proveedores de la red?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los proveedores de equipo médico duradero, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com.

¿Por qué debe estar informado sobre los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de la red porque, con pocas excepciones, mientras usted está afiliado a nuestro plan, debe visitar a proveedores dentro de la red para obtener atención y servicios médicos. Además, usted puede estar limitado a los proveedores dentro de su red de proveedores de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar el grupo de especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*). Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Allwell Medicare Select (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de servicios de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus antecedentes, al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en allwell.arhealthwellness.com o puede descargarlo de nuestro sitio web. Tanto el Departamento de Servicios al Afiliado como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores de la red.

¿Qué son las farmacias de la red?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas médicas cubiertas para los afiliados a nuestro plan.

¿Por qué debe estar informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red a la que quiera ir. Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para 2020.**

Si no tiene el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). En cualquier momento, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Indica qué medicamentos que requieren receta médica de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la *Lista de Medicamentos* del plan.

La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna regla que limite su cobertura de medicamentos.

Le brindaremos una copia de la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (allwell.arhealthwellness.com) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la *EOB de la Parte D*): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la *EOB de la Parte D*).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* cuando lo solicite. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Allwell Medicare Select (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?

Usted no debe pagar una prima mensual aparte para nuestro plan. Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la paguen por usted).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Se exige a algunos afiliados que paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando reunían los requisitos por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no conservaron su cobertura "acreditable" de medicamentos que requieren receta médica. ("Acreditable" significa que la cobertura de medicamentos es, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si se le exige que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de la multa depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D o cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica. El Capítulo 1, Sección 5, explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su afiliación al plan.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Sección 5.1 ¿En qué consiste la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Nota: Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos que requieren receta médica, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento luego de la finalización de su período de inscripción inicial, usted no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica durante un período de 63 días consecutivos o más. La "cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. El monto de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D o cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscriba por primera vez en nuestro plan, le informaremos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos que requieren receta médica.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir del momento en que reunió los requisitos necesarios. O calcule la cantidad de meses completos en los que usted no tuvo cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa equivale al 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted estuvo sin cobertura durante 14 meses, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación correspondiente al año anterior. Para 2019, el monto promedio de la prima fue de $33.19. Este monto puede cambiar en 2020.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondéela hasta los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $33.19, lo que equivale a $4.6466. Este número, redondeado, sería $4.60. Este monto se sumaría **a la prima mensual de la persona que incurre en una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres puntos importantes para destacar acerca de esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años** debido a que la prima mensual promedio se puede modificar anualmente. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, su multa se incrementará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por cumplir la edad para Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Aun si se demoró para inscribirse en un plan que ofreciera cobertura de Medicare Parte D cuando reunió los requisitos por primera vez, en algunas ocasiones no deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si está en alguna de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura de medicamentos que requieren receta médica que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Medicare se refiere a esto como **"cobertura acreditable de medicamentos"**. Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le enviará esta información en una carta o se la incluirá en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que la podrá necesitar si se inscribe, más adelante, en un plan de medicamentos de Medicare.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando se termina su cobertura de salud, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos que requieren receta médica era acreditable. El aviso debe especificar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica que se esperaba que pagara tanto como el plan estándar para medicamentos que requieren receta médica de Medicare.

  - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos que requieren receta médica: tarjetas de descuento para medicamentos que requieren receta médica, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2020* 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 en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin dicha cobertura durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe Ayuda Adicional de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión acerca de su multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que figura en la primera carta que recibe, donde se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagaba una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo solicitarnos una revisión (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión acerca de dicha multa. Si lo hace, se podría cancelar su afiliación por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional para la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de $85,000 o más para personas solteras (o personas casadas que presenten sus impuestos por separado), o de $170,000 o más para matrimonios, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de Medicare Parte D. (Nota: Estos montos de ingresos son para 2019 y podrían cambiar para 2020. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información).

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará sobre el monto adicional que debe pagar y sobre cómo pagarlo. El monto adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, del Consejo de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Control de Personal, sin importar de qué manera usted 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, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar un monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se indica en la declaración de impuestos del IRS, superan un monto determinado, usted pagará un monto adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que pueda tener que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional para la Parte D?

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

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga el monto adicional para la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (y no a su plan de Medicare) para su cobertura de Medicare Parte D. Si por ley debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

A muchos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare

A muchos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos afiliados (aquellos que no reúnen los requisitos para no tener primas de la Parte A) pagan las primas de Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados pagan la prima de Medicare Parte B. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer afiliado al plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se indica en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, superan un monto determinado, usted pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual por ingresos (por sus siglas en inglés, IRMAA). Este monto es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si debe pagar un monto adicional y no lo hace, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, y **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que le informará sobre el monto adicional que debe pagar.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6, de este cuadernillo. También puede visitar el sitio web, https://www.medicare.gov, 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. También puede llamar al Seguro Social, al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2020* le informa sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare para 2020". Esto explica cómo las primas de Medicare Parte B y Medicare Parte D difieren para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años durante el otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2020* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede solicitar 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.

Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varios modos en los que puede pagarla

Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen cuatro modos en los que puede pagarla. Puede elegir su opción de pago cuando se inscribe y hacer cambios en cualquier momento por teléfono al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Si decide cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, la entrada en vigor de su nuevo método de pago puede llevar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague de manera oportuna.

Opción 1: Puede pagar con cheque o por giro postal

Puede decidir pagar el monto de la multa por inscripción tardía directamente a nuestro plan con cheque o por giro postal. Incluya en el pago su número de identificación de afiliado al plan.

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía el primer día de cada mes. Usted puede realizar el pago enviando su cheque o giro postal a la siguiente dirección:

Allwell from Arkansas Health & Wellness
P.O. Box 505414
St Louis, MO 63150-5414

Los cheques y los giros postales deben ser pagaderos a Allwell from Arkansas Health & Wellness, y no, a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los pagos de la multa por inscripción tardía no deben efectuarse personalmente en la oficina del plan.

Opción 2: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a hacerlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Opción 3: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria (por sus siglas en inglés, RRB). Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a hacerlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Opción 4: Puede pagarla en línea

Puede pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en línea, en allwell.arhealthwellness.com. Asegúrese de ingresar con su cuenta existente. Si es un usuario nuevo, deberá crear una cuenta. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a hacerlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Tenga en cuenta que los pagos vencen el primero de cada mes.

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si no recibimos el pago de la multa antes del séptimo día hábil del mes, le enviaremos un aviso que le informará que su afiliación al plan será cancelada si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de los dos meses siguientes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, es necesario que lo haga para mantener su cobertura de medicamentos que requieren receta médica.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para ver si podemos indicarle los programas que lo ayudarán a pagar la multa. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Si cancelamos su afiliación porque usted no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura de salud conforme a Medicare Original.

Si cancelamos su afiliación al plan porque usted no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que no reciba la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, puede inscribirse en un plan independiente de cobertura de medicamentos que requieren receta médica o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si no tiene una cobertura acreditable de medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su afiliación, es posible que usted aún nos adeude la multa que no ha pagado. En el futuro, si quiere volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que nos adeude antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos cometido un error al cancelar su afiliación, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En el Capítulo 9, Sección 10, de este cuadernillo encontrará información sobre cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitar que reconsideremos esta decisión por teléfono al 1-855-565-9518. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud por lo menos 60 días antes de que se cancele su afiliación.

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

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que necesite comenzar a pagar o, tal vez, pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se aplica si tuvo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica). Esto puede suceder si usted empieza a cumplir con los requisitos para el programa de Ayuda Adicional o si deja de cumplir con ellos durante el año.

- Si actualmente está pagando la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para el programa de Ayuda Adicional durante este año, dejaría de pagar la multa.
- Si en algún momento usted pierde el subsidio por ingreso bajo (Ayuda Adicional), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D, en el caso de que alguna vez se haya perdido la cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica por 63 días o más.

Puede encontrar más información sobre el programa Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido que le corresponden.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.

- Si lo han admitido en una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si alguno de estos datos cambia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede actualizar su dirección en línea a través del portal seguro para afiliados del plan. Ingrese en allwell.arhealthwellness.com y haga clic en "Login/Register" (Ingresar/registrarse). Ingrese o cree una cuenta nueva. Seleccione el ícono "Messaging" (Mensaje) y luego haga clic en "Compose" (Escribir). Elija el asunto del menú desplegable, escriba su mensaje y haga clic en "Send" (Enviar).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre otras coberturas de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura si usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, vuelva a enviarnos la carta con las correcciones necesarias. Si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de proteger su información médica

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3, de este cuadernillo.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Con qué plan se cubren primero los costos cuando usted tiene otro seguro?

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan quién debe pagar primero, si nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga primero se denomina "pagador primario" y paga hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, que se denomina "pagador secundario", solo paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no tenga que pagar el total de los costos no cubiertos.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, se paga primero a través de Medicare.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su propio empleo o el empleo actual de un familiar, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga su empleador, y de si tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o una ESRD:
    - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 100 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge todavía trabajan, el plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 20 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que reúna los requisitos para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura, generalmente, pagan primero los servicios relacionados con cada uno de ellos:

- Seguro sin culpa (que incluye seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad civil (que incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre el otro seguro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que tenga que darles su número de identificación de afiliado al plan a las otras aseguradoras a las que está afiliado (una vez que haya confirmado sus identidades), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de nuestro plan** (cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al Departamento de Servicios al Afiliado del plan)..... **26**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud** (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare) **35**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **36**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) **37**

SECCIÓN 7 **Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica** **38**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria** **42**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?** **43**

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al Departamento de Servicios al Afiliado del plan)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturaciones o preguntas sobre las tarjetas de afiliado, llame o escriba al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan. Con gusto lo ayudaremos.

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell P.O. BOX 25438 Little Rock, AR 72221
SITIO WEB	allwell.arhealthwellness.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Forma de comunicación	Decisiones de Cobertura para Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell P.O. BOX 25438 Little Rock, AR 72221

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Apelaciones por Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell Attn: Medicare Appeals & Grievances 7700 Forsyth Blvd Saint Louis, MO 63105

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre algún proveedor de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problemas con el pago o la cobertura del plan, deberá consultar la sección sobre cómo presentar una apelación, que aparece más arriba). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Quejas sobre Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell Attn: Medicare Appeals & Grievances 7700 Forsyth Blvd Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Allwell Medicare Select (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos que requieren receta médica, que están cubiertos por el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura en relación con sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Decisiones de Cobertura para Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR FAX	1-866-226-1093
POR CORREO	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
SITIO WEB	allwell.arhealthwellness.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

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

Forma de comunicación	Apelaciones por Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR FAX	1-844-273-2671
POR CORREO	Allwell Attn: Medicare Appeals & Grievances 7700 Forsyth Blvd Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB	allwell.arhealthwellness.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de la red, inclusive una queja sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problemas con el pago o la cobertura del plan, deberá consultar la sección sobre cómo presentar una apelación, que aparece más arriba). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Quejas sobre Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell Attn: Medicare Appeals & Grievances 7700 Forsyth Blvd Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que pueda necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Forma de comunicación	Solicitudes de Pago: Información de Contacto
POR CORREO	**Reclamos médicos:** Allwell Medicare Select (HMO) P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640 **Reclamos por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D:** Allwell Medicare Select (HMO) Attn: Pharmacy Claims P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741-9069
SITIO WEB	allwell.arhealthwellness.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados “CMS”). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas.

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y las publicaciones actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado. En el sitio web de Medicare también podrá encontrar información detallada sobre las opciones de inscripción y los requisitos para Medicare, a través de las siguientes herramientas: • **Herramienta de requisitos para Medicare:** Le proporciona información sobre sus requisitos para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le proporcionan una *estimación* de cuáles pueden ser los costos de desembolso con los distintos planes de Medicare. También puede usar nuestro sitio web para presentar, ante Medicare, cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • **Presente su queja ante Medicare:** Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare. Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad locales. O puede llamar a Medicare y comentarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con 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 del Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arkansas, el SHIP se denomina Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, SHIIP).

El SHIIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIIP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Forma de comunicación	Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP de Arkansas)
POR TELÉFONO	1-800-224-6330
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Arkansas Insurance Department 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904
SITIO WEB	https://www.insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad en cada estado para brindarles atención a los beneficiarios de Medicare. Para Arkansas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la

calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

Forma de comunicación	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arkansas)
POR TELÉFONO	1-888-315-0636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., sábados, domingos y días feriados, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos para Medicare y se ocupa de la inscripción. Los ciudadanos estadounidenses y las personas con residencia legal permanente que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones reúnen los requisitos para Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que sus salarios son más altos. Si usted recibe una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto, o si su salario disminuyó debido a un

acontecimiento que cambió su vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles.

Forma de comunicación	Seguro Social: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos para Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de su plan, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero por año:

- **Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios de Medicare Específicos de Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, SLMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el programa SLMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).

- **Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas en Empleo Activo y Discapacitadas Calificadas (por sus siglas en inglés, QDWI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la División de Servicios Médicos de Arkansas.

Forma de comunicación	División de Servicios Médicos de Arkansas (Programa Medicaid de Arkansas): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-501-682-1001 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	TTY: 1-800-285-1131 o 711 (Servicio de Retransmisión de Datos de Arkansas) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Arkansas Division of Medical Services Department of Human Services Donaghey Plaza South P. O. Box 1437, Slot S401 Little Rock, Arkansas 72203-1437
SITIO WEB	https://humanservices.arkansas.gov/programs-services

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Medicare brinda Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos que requieren receta médica a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su vivienda ni su vehículo. Si reúne los requisitos, usted obtiene ayuda para pagar las primas mensuales de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos por medicamentos que requieren receta médica. Esta Ayuda Adicional también cuenta para los costos de desembolso.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional. Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para la Ayuda Adicional y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para la Ayuda Adicional.

Es posible que pueda recibir Ayuda Adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos que requieren receta médica. Para ver si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional, llame a uno de los siguientes números:

- 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, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
- La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que reúne los requisitos para la Ayuda Adicional y que no es correcto el monto de costo compartido que paga cuando obtiene sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel correcto de copago o, si ya tiene la evidencia, para suministrarla.

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece impreso en la contraportada de este cuadernillo, y explíquele al representante que usted considera que reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional. Es posible que deba proporcionar uno de los siguientes tipos de documentos (mejor evidencia disponible):
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya nombre y fecha de cumplimiento de los requisitos durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
    - Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
    - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónico estatal que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
    - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
    - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
    - Una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social si se considera que no es apto, pero solicitó el subsidio por ingreso bajo y se determinó que cumple con los requisitos para recibirlo.
    - El aviso de aprobación del beneficio de ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI), que incluya una fecha de entrada en vigor de su estado efectivo en Medicaid.

Si está internado y considera que reúne los requisitos para un costo compartido de cero, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo, y dígale al representante que usted considera que reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional. Es posible que deba proporcionar uno de los siguientes tipos de documentos:

- Una remesa del centro que demuestre el pago realizado en su nombre por Medicaid, por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago realizado en su nombre por Medicaid al centro por un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que demuestre su internación durante, por lo menos, un mes calendario completo, para el pago de Medicaid, durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación antes descrita y considera que puede reunir los requisitos para la Ayuda Adicional, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo, y un representante lo ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento que requiere receta médica en la farmacia. Si paga de más por su copago, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera que usted adeuda ese copago, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca, para los afiliados a la Parte D que hayan alcanzado la brecha de cobertura y no reciben la Ayuda Adicional. En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70% ofrecido por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho por los costos en la brecha. Los afiliados pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca.

Si alcanza la brecha de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture la receta médica, y la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*) mostrará el descuento proporcionado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso como si usted los hubiera pagado, y lo harán avanzar por la brecha de cobertura. El monto que paga el plan (5%) no cuenta para los costos de desembolso.

También recibe algún tipo de cobertura de medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha de cobertura, se cubre el 75% del precio de los medicamentos genéricos, y usted paga el 25% restante. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para los costos de desembolso. Solo cuenta el monto que usted paga, que es el que lo hará avanzar por la brecha de cobertura. Además, la tarifa de despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si usted tiene la cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido.

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida de Arkansas es el ADAP de su estado.

Nota: Para inscribirse en el ADAP, las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portadoras del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente.

Si ya está inscrito en el ADAP, el programa puede continuar brindándole la asistencia de costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, que figuran en el *Formulario* del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, infórmele al trabajador local de inscripción en el ADAP cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza.

La información de contacto del ADAP de Arkansas se detalla a continuación.

Forma de comunicación	Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida de Arkansas: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-501-661-2408 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.

Forma de comunicación	Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida de Arkansas: Información de Contacto
POR CORREO	Arkansas Department of Health 4815 West Markham Street Little Rock, Arkansas 72205
SITIO WEB	http://www.healthy.arkansas.gov/

Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-501-661-2408. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 para recibir ayuda.

¿Qué sucede si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si usted recibe Ayuda Adicional, ya obtiene cobertura de los costos de los medicamentos que requieren receta médica durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento, pero considera que debe recibirlo?

Si considera que alcanzó la brecha de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó sus medicamentos de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*). Si el descuento no figura en la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si nosotros consideramos que no le adeudamos un descuento, tiene derecho a apelar. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su SHIP (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este capítulo) 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.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria

El Consejo de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Consejo de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través del Consejo de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Forma de comunicación	Consejo de Jubilación Ferroviaria: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante del Consejo de Jubilación Ferroviaria 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 acceder a la Línea de Ayuda Automática del Consejo de Jubilación Ferroviaria y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios grupales de su empleador o de jubilados (o a través de su cónyuge), como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato, o al Departamento de Servicios al Afiliado, si tiene preguntas. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica a través del grupo de su empleador o de jubilados (o del de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará la cobertura de medicamentos que requieren receta médica que usted tiene actualmente, junto con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como afiliado a nuestro plan 47

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos? 47

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan 47

SECCIÓN 2 Visite a proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 48

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria para que proporcione y supervise su atención médica 48

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 50

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 51

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de desastre 52

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 52

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia 53

Sección 3.3 Cómo obtener atención en caso de desastre 54

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios cubiertos 55

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 55

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 56

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica? 56

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios? 57

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud 58

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud? 58

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan? 58

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 59

Sección 7.1 ¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan? 59

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como afiliado a nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su cobertura de atención médica. Proporciona las definiciones de los términos y explica las reglas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y la atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted por esa atención, use la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*).

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

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan:

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud que cuentan con licencia otorgada por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros para la atención de salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios que le brinde.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de salud, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

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

Como el nuestro es un plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las reglas de cobertura de Medicare Original.

Se cubrirá la atención médica siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de la red que proporciona y supervisa la atención.** Como afiliado a nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - Hable sobre su plan de tratamiento con su PCP por adelantado para coordinar su atención antes de usar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Se requiere autorización previa para algunos servicios. Para obtener más información sobre ellos, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significa servicios de emergencia o requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare le solicita a nuestro plan que cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, usted puede obtenerla de un proveedor fuera de la red (se requiere autorización previa). En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Visite a proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria para que proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Este plan utiliza solo proveedores específicos. No todos los PCP, especialistas y centros afiliados están disponibles para usted dentro del área de servicio de este plan. Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red de Allwell Medicare Select (HMO) para que sea su PCP. Además, usted solo puede visitar los centros y especialistas que han acordado participar en el plan Allwell Medicare Select (HMO). Elegir este plan implica que solo puede visitar estos proveedores específicos para que le brinden atención, por eso, es importante que revise la lista de

proveedores detenidamente para asegurarse de que aquellos que normalmente usa están incluidos. Esta lista se encuentra disponible en el sitio web del plan, allwell.arhealthwellness.com.

Es un profesional de la salud que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Puede ser un médico especialista en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero especializado con práctica médica, un enfermero registrado con licencia estatal y capacitación especial que proporciona un nivel básico de atención de salud, o un asistente médico, acreditados como PCP, que prestan servicios dentro de un ámbito de atención primaria, también pueden desempeñarse como su PCP.

Usted obtendrá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de especialistas;
- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

Coordinar los servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En general, usted consultará a su PCP en primer lugar para satisfacer la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Le recomendamos que asigne a un PCP para coordinar su atención. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos, su PCP, un especialista u otro proveedor de la red que lo esté atendiendo deberán obtener autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo para obtener más información sobre los servicios y los artículos que requieren autorización previa.

¿Cómo elegir a su PCP?

Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web allwell.arhealthwellness.com, y seleccione uno de la red de nuestro plan. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame al departamento para informarles. Recuerde que su PCP debe formar parte de nuestra red.

El PCP puede realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Si quiere recibir atención de un hospital o un especialista en particular del plan, consulte primero para asegurarse de que estos hospitales o especialistas estén en la red del PCP. El nombre del PCP aparece en su tarjeta de identificación.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si utiliza un PCP distinto del que aparece en su tarjeta de identificación, puede generar un costo compartido más alto o el rechazo de sus reclamos. Para obtener más información acerca de cómo cambiar de PCP, consulte "¿Cómo cambiar de PCP?" a continuación.

Si no elige un PCP, o si elige un PCP que no esté disponible en este plan, automáticamente lo asignaremos a un PCP.

¿Cómo cambiar de PCP?

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba buscar uno nuevo.

Si quiere cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. El PCP del plan puede realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que puede usar. Si quiere visitar a especialistas u hospitales específicos, consulte si su PCP del plan hace remisiones a estos especialistas u hospitales.

Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nombre y la información de contacto del nuevo PCP. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si utiliza un PCP distinto del que aparece en su tarjeta de identificación, puede generar un costo compartido más alto o el rechazo de sus reclamos.

En ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar brindándole atención luego de dejar nuestra red. Si quiere obtener detalles específicos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Hable sobre sus necesidades de atención de salud con su PCP para obtener una recomendación para ver a un especialista que lo ayude con sus necesidades de atención. Sin embargo, no se requiere una remisión para consultar a un especialista.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan. Esto se denomina obtener una "autorización previa". Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará esa autorización a nuestro plan. La solicitud se revisará, y se les enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, de este cuadernillo para obtener más información sobre los servicios específicos que requieren autorización previa.

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

Es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Si necesita ayuda debido a que un especialista o proveedor de la red está por dejar su plan, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica que esté cubierta por Medicare, y un proveedor de la red no puede proporcionar dicha atención, es posible que la obtenga de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay ningún proveedor de la red disponible y, usted debe solicitar al plan autorización para que pueda recibir los servicios de un proveedor fuera de la red. Si dicha solicitud es aprobada, el proveedor fuera de la red será autorizado a brindar los servicios.

Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o servicios requeridos de urgencia fuera del área de un proveedor fuera de la red. Además, nuestro plan debe cubrir servicios de diálisis a los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no tengan acceso a proveedores de la red. Estos servicios deben obtenerse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de 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** ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni la remisión de su PCP.
- **Asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. El número de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparece en la contraportada de este cuadernillo.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Allwell Medicare Select (HMO) incluye cobertura internacional de emergencia/urgencia. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Medicare no cubre la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, con nuestro plan, puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia para ayudar a controlar y hacer el seguimiento de esa atención. Los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia determinarán el momento en que su estado sea estable y la emergencia médica haya pasado.

Una vez que la emergencia haya pasado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos lo posible para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Una vez que la emergencia haya pasado, la atención de seguimiento de proveedores fuera de la red requiere una autorización del plan para recibir atención continua.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia (creyendo que su salud se encuentra en grave peligro), y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, luego de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted obtiene dicha atención mediante una de las dos maneras siguientes:

- Consulta a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O* la atención adicional que reciba se considera “servicios requeridos de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener dichos servicios requeridos de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. La afección inesperada puede ser, por ejemplo, un rebrote de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre intente obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente, y no se considera razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la atención esté disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCP. Si este no está disponible, busque centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de Farmacias y Proveedores.* También puede encontrar este tipo de centros en allwell.arhealthwellness.com. El Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, explica cuánto debería esperar pagar por los servicios de atención de urgencia cubiertos.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si requiere servicios de urgencia, llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación para conectarse con los servicios de consultas con enfermeras. Como afiliado a nuestro plan, tiene acceso a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios internacionales de atención de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: definidos como servicios de urgencia o de emergencia y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este beneficio tiene un límite de $50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 3.3 Cómo obtener atención en caso de desastre

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

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre, visite el sitio web allwell.arhealthwellness.com.

En general, si no puede visitar a un proveedor de la red en tiempos de desastre, podrá obtener la atención de proveedores fuera de la red a través del plan, con el mismo costo compartido que paga dentro de la red. Si no puede ir a una farmacia de la red en tiempos de desastre, es posible que pueda surtir los medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

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

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

Si ha pagado más que su parte por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre lo que debe hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están detallados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este cuadernillo), y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier atención o servicio médico que espera recibir, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si rechazamos la cobertura de sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene más información sobre lo que debe hacer si quiere obtener una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted pague por los costos, una vez que haya alcanzado el límite del beneficio, no contará para el desembolso máximo. Por ejemplo, es posible que deba pagar el costo total de la atención en un centro de enfermería especializada que obtenga después de que nuestro plan haya cubierto el límite de beneficio. Una vez que haya agotado su límite de beneficio, los pagos adicionales que realice por el servicio no cuentan para su desembolso máximo anual. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere saber cuánto de su límite del beneficio ya utilizó.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado "estudio clínico") es la manera en la que los médicos y científicos evalúan tipos de atención médica novedosos, como la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Evalúan los nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos con la ayuda de voluntarios para el estudio. Esta clase de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a comprobar si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los afiliados a nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaje en él se comunicará con usted para brindarle más información y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos correspondientes, *y* comprenda y acepte todo lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, se paga, a través de Medicare Original, la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba por participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted debe informarnos antes hacerlo**.

Si planifica participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para informarles que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará el plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cobertura para los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización que Medicare pagaría, incluso si usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

A través de Medicare Original, se paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte del costo que le corresponde por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que le corresponde a usted como afiliado a nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba por participar en el estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, encontrará un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:*
> Supongamos que se hace una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte de un estudio de investigación. Supongamos, también, que su parte de los costos para esta prueba es de $20 conforme a Medicare Original, pero sería de tan solo $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba, y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagará $10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviarnos una solicitud de pago. Deberá enviarnos, con su solicitud, una copia de sus *Avisos de Resumen de Medicare*, o de otra documentación donde se detallen los servicios que usted recibe como parte del estudio y cuánto dinero debe pagar. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Si participa en un estudio de investigación clínica, **no se cubrirá ninguno de los siguientes artículos o servicios a través de Medicare o de nuestro plan**:

- En general, *no* se pagará a través de Medicare el artículo o servicio nuevo que el estudio esté evaluando, excepto que se cubriera el artículo o servicio aunque usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que se le proporcionen a usted, o a cualquier otro participante en el estudio, en forma gratuita.

- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar información, y que no se utilicen directamente para su atención de salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección requiriera solo una tomografía.

¿Quiere más información?

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (*Medicare y Estudios de Investigación Clínica*) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud

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

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que proporciona atención para una afección que, en general, se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, le proporcionaremos, en su lugar, cobertura para la atención en una institución religiosa no médica de atención de salud. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se proporciona para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médicos "no exceptuados" son cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención o el tratamiento médicos que usted obtenga que *no* sean voluntarios ni *se exijan* conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - Usted debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados. Para obtener más información sobre los límites de cobertura para la atención hospitalaria, para pacientes internados, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) incluye artículos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de pagar copagos por ese equipo durante 13 meses.

Como afiliado a nuestro plan, también será propietario de ciertos tipos de equipo médico duradero, después de pagar una serie de copagos por el artículo durante una cantidad específica de meses. Sus pagos anteriores por un artículo de equipo médico duradero, cuando usted tenía Medicare Original, no cuentan para los pagos que usted realice mientras esté afiliado al plan. Si obtiene la propiedad de un equipo médico duradero mientras esté afiliado a nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturarle al plan el costo de la reparación. Además, usted no obtendrá la propiedad de ciertos tipos de equipo médico duradero, sin importar cuántos pagos haya hecho por el artículo, mientras esté afiliado al plan. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para averiguar sobre los requisitos de alquiler o propiedad de equipo médico duradero, y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no se hizo propietario del DME mientras estuvo afiliado a nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no contarán para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME mientras estaba afiliado a Medicare Original, *antes* de haberse afiliado a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco contarán para los 13 nuevos pagos consecutivos. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Medicare Original para poder obtener la propiedad de ese artículo. No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a utilizar Medicare Original.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos 63

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos 63

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios 63

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos? 64

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo 64

SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará 65

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan 65

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 103

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 103

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado a nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos.

- **Deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 le brinda más información acerca de sus deducibles para ciertas categorías de servicios).
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa para Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Muéstrele a su proveedor la prueba del cumplimiento de los requisitos para Medicaid o para el programa QMB, si corresponde. Si considera que lo que debe pagar es incorrecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un deducible de $50 para servicios dentales integrales dentro de la red no cubiertos por Medicare. Hasta que sus pagos alcancen el deducible, usted deberá pagar el costo total de los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos la parte de los costos que nos corresponda por estos servicios, y usted pagará su parte (copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto de desembolso que usted paga anualmente por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto de desembolso máximo por servicios médicos.

Como afiliado a nuestro plan, lo máximo que usted tendrá que pagar como costo de desembolso por los servicios cubiertos dentro de la red en 2020 es $6,300. Los montos que usted paga en concepto de copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto de desembolso máximo. (Los montos que usted paga en concepto de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D no cuentan para su monto de desembolso máximo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios tampoco cuentan para dicho monto. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted alcanza el monto de desembolso máximo de $6,300, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como afiliado a nuestro plan, una protección importante para usted es que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama “facturación del saldo”. Este mecanismo protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le indicamos cómo funciona este mecanismo de protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba 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 de qué tipo de proveedor visita:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se estableció en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una remisión).

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan

La Tabla de Beneficios Médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted paga de desembolso por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben ser proporcionados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica y los equipos, suministros y servicios médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para visitar a proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) que proporciona y supervisa la atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren una aprobación por adelantado se indican en *letra cursiva* en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros datos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que se paga a través de Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2020*. Véalo en línea, en https://www.medicare.gov, o solicite una copia 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).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted también es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura conforme a Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán tales servicios.

Encontrará esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para este examen de detección.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia corresponde cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente requerido.	*Es posible que se necesite autorización previa para servicios en avión y transporte que no es de emergencia.* Usted paga un copago de $265 por cada viaje de un trayecto en ambulancia terrestre o aérea cubierto por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen físico anual de rutina Nuestro plan cubre un examen físico anual de rutina, además de la visita anual de bienestar cubierta por Medicare y de la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Este beneficio se limita a un examen físico anual de rutina por año. En el examen físico anual de rutina, puede solicitarle a su médico otra visita para plantear preguntas de salud general y analizar problemas y su historial médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen físico anual de rutina. Para todos los demás servicios, consulte la información sobre el costo compartido específico para cada beneficio que aparece más adelante en esta tabla.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, basado en su estado actual de salud y factores de riesgo. Esto se cubre una vez por año. **Nota:** La primera visita anual de bienestar no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario haber cumplido con la visita "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar si ha tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.
Medición de masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (es decir, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados de parte del médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para afiliados que cumplan con ciertas condiciones, con la indicación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que son, por lo general, más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de $30 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca o servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.
Visita para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con un médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de la aspirina (si es apropiado), controlar la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de terapia intensiva del comportamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted presenta un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal, o está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solamente cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Usted paga un copago de $20 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.
Detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, cubrimos lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 48 meses. Una de las siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol. • Prueba inmunoquímica fecal. Detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años. Para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un período de 48 meses desde la realización de una sigmoidoscopia de detección.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente: • **Atención dental cubierta por Medicare** (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico). • **Atención dental preventiva** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: o Exámenes bucales: 2 por año calendario. o Limpiezas (profilaxis): 2 por año calendario. o Rayos X de aleta de mordida: hasta 4 por año calendario. • **Atención dental integral** Los servicios cubiertos incluyen ciertos servicios de los siguientes: o Servicios de diagnóstico. o Servicios de restauración. o Endodoncia. o Periodoncia. o Extracciones.	**Servicios cubiertos por Medicare** Usted paga un copago de $40 por cada servicio dental cubierto por Medicare. **Servicios preventivos** Usted paga un copago de $0 por cada examen bucal. Usted paga un copago de $0 por cada limpieza. Usted paga un copago de $0 por rayos X de aleta de mordida por visita. **Servicios integrales*** Usted paga un deducible de $50 por año calendario por los servicios integrales. **Servicios de diagnóstico:** Usted paga un copago de $0 por cada servicio de diagnóstico. **Servicios de restauración:** Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de restauración. **Endodoncia:** Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de endodoncia.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
o Servicios de prostodoncia (incluye dentaduras postizas), otros servicios de cirugía oral/maxilofacial, y otros servicios. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o presentar un reclamo, o para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para beneficios dentales al 1-855-253-4706 de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).	**Periodoncia:** Usted paga un coseguro del 20% por servicios no quirúrgicos de periodoncia. Usted paga un coseguro del 50% por servicios quirúrgicos de periodoncia. **Extracciones:** Usted paga un coseguro del 20% por cada extracción. **Servicios de prostodoncia (incluye dentaduras postizas), otros servicios de cirugía oral/maxilofacial, y otros servicios:** Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia. Hay un beneficio máximo del plan de $1,000 por año calendario para los servicios integrales. Usted debe pagar todos los montos que superen el límite de beneficio. * Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.
Detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. Los exámenes de detección deben realizarse en un ámbito de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucemia en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucemia). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estas pruebas, puede reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (sean o no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre: monitor del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, dispositivos tipo lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas. O un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo determinadas condiciones.	Usted paga un copago de $0 por los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. Los suministros para diabéticos se limitan a Accu-Chek y OneTouch. No se cubren otras marcas a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización previa. Usted paga un coseguro del 20% por las plantillas o los zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave. No hay coseguro, copago ni deducible por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o un fabricante en particular, usted podrá solicitar que el proveedor pida el artículo especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un coseguro del 20% por el DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia incluye los siguientes: • servicios prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y • servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.	Usted paga un copago de $90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta. De lo contrario, para pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red, su atención para pacientes internados fuera de la red debe ser autorizada por el plan.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red. Los beneficios enumerados en esta sección son para los servicios prestados dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, consulte "Cobertura internacional de emergencia/urgencia" a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.	
Programas de educación sobre la salud y el bienestar **Línea de Consultas con Enfermeras** El servicio gratuito de asesoramiento telefónico y consultas de enfermería a cargo de personal clínico capacitado. La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para realizar consultas sobre temas de salud. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado; también puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y pedir que le transfieran la llamada. **Beneficio de acondicionamiento físico** El beneficio de acondicionamiento físico ofrece una afiliación básica a los centros de acondicionamiento físico participantes o le permite solicitar un programa de acondicionamiento físico en el hogar.	Usted paga un copago de $0 por el beneficio de la Línea de Consultas con Enfermeras. Usted paga un copago de $0 por el beneficio de acondicionamiento físico.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico, realizadas por su PCP o proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico, tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando son proporcionadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. También cubrimos los siguientes servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare): • Prueba auditiva de rutina: 1 por año calendario. • Ajuste de audífonos: 1 por año calendario. • Audífonos: Cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios según una prueba auditiva, por año calendario. Se limita a 2 audífonos en total, 1 por oído, por año calendario. Las citas para pruebas auditivas, audífonos y ajustes de audífonos deben hacerse directamente con Hearing Care Solutions. Para encontrar una sucursal cercana y para programar una cita con un proveedor, llame a Hearing Care Solutions al 1-866-344-7756 de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora de la montaña (TTY: 711 para las personas con dificultades de audición y del habla).	**Servicios cubiertos por Medicare:** Usted paga un copago de $40 por cada prueba auditiva cubierta por Medicare. **Servicios de audición de rutina:** Usted paga un copago de $0 por cada prueba auditiva anual de rutina. Usted paga un copago de $0 por ajuste de audífonos. **Audífonos:** Tecnología de nivel I: usted paga un copago de $0 por audífono*. Tecnología de nivel II: usted paga un copago de $700 por audífono*. Tecnología de nivel III: usted paga un copago de $1,125 por audífono*. Tecnología de nivel IV: usted paga un copago de $1,580 por audífono*. * Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.
Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para las embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá certificar que usted necesita estos servicios y le pedirá a una agencia de cuidado de la salud en el hogar que se los brinde. Usted debe estar confinado a su hogar, lo cual significa que dejar el hogar constituye un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $0 por cada visita de cuidado de la salud en el hogar cubierta por Medicare.
Cuidado de enfermos terminales Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Reúne los requisitos para el beneficio de cuidado de enfermos terminales si su médico y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnosticaron una enfermedad terminal, con un pronóstico de 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar.	Cuando se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de cuidado de enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal, y no, nuestro plan. El costo compartido por el servicio del médico puede aplicarse a los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales. Consulte la sección “Servicios de médicos/profesionales” que aparece en esta tabla para obtener más información sobre el costo compartido.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado de enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en un programa de cuidado de enfermos terminales, el proveedor de cuidado de enfermos terminales le facturará a Medicare Original los servicios cubiertos por Medicare Original. Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no están relacionados con su enfermedad terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de que usted utilice o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan: • Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan para aquellos servicios dentro de la red. • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare Original). Para los servicios cubiertos por nuestro plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: Nuestro plan continuará cubriendo aquellos servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido del plan para estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Para obtener más información,	

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?*). **Nota:** Si no necesita atención en un centro de cuidado de enfermos terminales (atención que no está relacionada con una enfermedad terminal), deberá comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen las siguientes vacunas: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.	*Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.* *No se requiere autorización previa para las vacunas contra la neumonía y la gripe.* No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B), consulte la sección de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B, más adelante en esta tabla, para conocer los costos compartidos correspondientes.

Atención hospitalaria para pacientes internados

Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.

No hay límites para la cantidad de días cubiertos para hospitalizaciones o admisiones para pacientes internados cubiertos por Medicare*.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería regulares.
- Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios).
- Medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Rayos X y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos de quirófano y sala de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados.
- En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos lo necesario para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su

Es posible que se necesite autorización previa.

Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:

Días 1 al 6: usted paga un copago de $328 por día.

A partir del día 7: usted paga un copago de $0 por día.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta. De lo contrario, para pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red, su atención para pacientes internados fuera de la red debe ser autorizada por el plan.

* Medicare Original cubre 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados agudos. Nuestro plan no tiene límite de días adicionales cuando este servicio sea médicamente necesario. El costo compartido para estos días, si corresponde, no se aplica a su desembolso máximo.

caso y decida si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se ofrecen fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtener los servicios en un lugar local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tasas de Medicare Original. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.

- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios de médicos.

Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe indicar por escrito que lo admitan formalmente en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital.

Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización en un centro de salud mental. Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Si usted ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, entonces solo tiene derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días de por vida ya utilizada en el beneficio del plan.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Días 1 al 5: usted paga un copago de $330 por día. Días 6 al 90: usted paga un copago de $0 por día. Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.
Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una internación sin cobertura Si usted ya agotó sus beneficios para pacientes internados, o si la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos la internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados tipos de servicios que reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente) o el funcionamiento de un	*Es posible que se necesite autorización previa.* Los servicios enumerados seguirán cubiertos conforme a los montos de costo compartido descritos en la Tabla de Beneficios para el servicio específico. Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
órgano interno que tenga una disfunción o no funcione de manera permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste o pérdida, o por un cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
Beneficio de comidas Cubrimos lo siguiente: • Hasta 2 comidas a domicilio por día durante un máximo de 14 días después de haber recibido el alta del hospital o centro de enfermería especializada. Las comidas deben ser médicamente necesarias y estar indicadas por un médico o un profesional no médico. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para programar la entrega de las comidas. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $0 por hasta 2 comidas a domicilio por día, después de haber recibido el alta del hospital o centro de enfermería especializada.
Terapia de nutrición médica Este beneficio se ofrece a las personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones), pero que no están en tratamiento de diálisis, o después de un trasplante cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica, conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año después de eso. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su indicación todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios que reúnen los requisitos de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos asociados a la salud que brinda entrenamiento práctico para el cambio nutricional a largo plazo, el aumento de la actividad física y la implementación de estrategias de resolución de problemas a fin de superar el desafío de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, en general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia.	*Es posible que se necesite autorización previa, inclusive para la terapia escalonada.* Usted paga un coseguro del 20% por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado a su hogar, tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: allwell.arhealthwellness.com/reference-documents.html. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas médicas estén cubiertas. Lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de orientación intensivos para ayudarlo a perder peso. Se cubre esta orientación si la recibe en un ámbito de atención primaria en el que puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible por la terapia y el examen de detección de obesidad preventivo.
Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides Los servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Tratamiento con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, así como el despacho y administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia de grupo e individual. • Prueba de toxicologías.	Usted paga un copago de $40 por cada tratamiento en grupo por uso de opioides cubierto por Medicare. Usted paga un copago de $40 por cada tratamiento individual por uso de opioides cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Rayos X. • Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $0 por los servicios de rayos X cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare, incluidos los materiales y suministros del técnico.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (incluye pruebas complejas, como tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y tomografía por emisión de fotón único). • Electrocardiogramas.	Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico. Usted paga un copago de $0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 por la sangre y los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por los servicios radiológicos de diagnóstico de alta complejidad cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 por los electrocardiogramas luego de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Si el médico le brinda servicios adicionales a los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, es posible que se aplique un costo compartido por separado.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede recibir el alta. Estos servicios se cubren si cumplen con los requisitos de Medicare y se consideran razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados de acuerdo con la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y por los estatutos del personal del hospital para admitir el ingreso de pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya indicado por escrito que lo admitan como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital. Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $275 por cada visita de servicio de observación cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor haya indicado por escrito que lo admitan como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital. Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga los montos de costo compartido correspondientes que figuran en esta Tabla de Beneficios Médicos para el servicio específico. Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	Usted paga un copago de $40 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en distintos entornos, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF).	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $30 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $30 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $30 por cada visita de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios para el trastorno de abuso de sustancias, como sesiones de terapia individual y de grupo, proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado con práctica médica, asistente médico u otro programa o profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $40 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $40 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le van a hacer una cirugía en un centro hospitalario, deberá preguntarle a su proveedor si será paciente ambulatorio o paciente internado. A menos que el proveedor indique por escrito que lo admitan como paciente internado en un hospital, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado "paciente ambulatorio".	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $275 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.
Artículos de venta libre Nuestro plan cubre lo siguiente: • Hasta $50 por trimestre calendario. Compre los artículos en determinados puntos de venta de Wallmart o solicítelos en línea. • Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada trimestre se perderán. Para obtener más información, visite el sitio web que aparece en la contraportada de este cuadernillo.	Usted paga un copago de $0 por los artículos de venta libre cubiertos.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de internación parcial "Internación parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la atención como paciente internado.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $55 por la internación parcial cubierta por Medicare, por día.
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Pruebas auditivas y exámenes del equilibrio básicos realizados por su PCP o un especialista si su médico los indica para saber si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento a cargo de un médico o profesional, para pacientes que se encuentren en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital, o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal, o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral agudo.	Usted paga un copago de $0 por cada visita al consultorio del PCP cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $40 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $40 por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare. Para los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico. Es posible que se deban pagar copagos adicionales para los servicios prestados.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Controles virtuales breves de entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si usted es paciente existente y el control virtual no está relacionado con una visita al consultorio dentro de los 7 días previos ni conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Evaluación a distancia de un video grabado previamente o de imágenes que usted envió a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si usted es paciente existente, y siempre que la evaluación a distancia no esté relacionada con una visita realizada al consultorio dentro de los 7 días previos ni origine una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico).	

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). • Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.	Usted paga un copago de $40 por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA).	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de tacto rectal anual. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de PSA anual.
Prótesis y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo, en forma total o parcial. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y con la reparación o el reemplazo de las prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte "Atención de la vista", más adelante en esta sección, para obtener más detalles.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un coseguro del 20% por las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por los suministros y nutrientes relacionados con la nutrición parenteral y enteral, cubiertos por Medicare. No se cubren los alimentos para bebés y otros productos de supermercado que se puedan licuar y utilizar con el sistema enteral, o cualquier suplemento nutricional adicional (como aquellos para ingesta diaria de proteínas).

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), de moderada a muy grave, y una indicación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un copago de $30 por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificados en un ámbito de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol, cubiertos por Medicare.
Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (por sus siglas en inglés, LDCT) cada 12 meses. **Los afiliados que reúnen los requisitos son** personas de entre 55 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado, por lo menos, 30 paquetes al año, y que actualmente fuman o que han dejado de hacerlo en los últimos 15 años. Además, estas personas reciben una indicación escrita para una LDCT durante una visita de orientación, toma de decisión compartida y detección de cáncer de pulmón, que cumple con los	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisión compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
requisitos de Medicare para dichas visitas y que es brindada por un médico o por un profesional no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:* los afiliados deben recibir una indicación escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser brindada durante una visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden brindar una visita de orientación y de toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para exámenes subsiguientes con una LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para la prevención de ITS Cubrimos las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de ITS cuando las pruebas sean indicadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales por año de orientación del comportamiento de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y orientación para la prevención de ITS, cubierto por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como las visitas de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento de diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua, cuando sea necesario). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B”.	Usted paga un coseguro del 20% por cada visita de servicios de diálisis renal cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 por servicios de educación para enfermedades renales cubiertos por Medicare, hasta seis sesiones de por vida.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada, a veces, se denominan "SNF", por sus siglas en inglés). Usted está cubierto por 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización antes de la admisión al SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio generalmente proporcionadas por los SNF. • Rayos X y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por los SNF.	*Es posible que se necesite autorización previa.* Usted paga un copago de $0 por día, desde el día 1 hasta el día 20, por la atención en un SNF. Usted paga un copago de $170 por día, desde el día 21 hasta el día 100, por la atención en un SNF. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención especializada en uno de estos centros durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. En general, usted obtendrá su atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, es posible que usted deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago. • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua, donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted deja el hospital.	
Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar) Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco: cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco, cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 por las sesiones de orientación cubiertas a través de Teladoc, hasta 5 visitas adicionales para dejar de fumar por año calendario.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Hasta 5 visitas de orientación adicional para dejar de fumar, en línea y por teléfono, son proporcionadas por médicos clínicos capacitados e incluyen orientación sobre los pasos que se deben seguir en cuanto a cambios, planificación, orientación y educación. Este beneficio está disponible únicamente a través de nuestro proveedor de servicios de telesalud: Teladoc. Para obtener más información o programar una cita, llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Terapia de ejercicios supervisada La terapia de ejercicios supervisada (por sus siglas en inglés, SET) está cubierta para los afiliados con enfermedad arterial periférica (por sus siglas en inglés, PAD) sintomática que cuentan con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento para dicha enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones: • Se debe brindar mediante sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que pueda garantizar que los beneficios superan los peligros. • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica que cuente con capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.	Usted paga un copago de $10 por cada visita de terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET una vez cumplidas las 36 sesiones en un período de 12 semanas si un proveedor de atención de salud considera que son médicamente necesarias.	
Servicios requeridos de urgencia Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. El costo compartido de los servicios requeridos de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red. Los beneficios enumerados en esta sección son para los servicios prestados dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.	Usted paga un copago de $40 por cada visita de servicios requeridos de urgencia cubierta por Medicare.
Visitas virtuales A través de Teladoc, nuestro plan ofrece acceso virtual a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una visita virtual, también conocida como “visita de telesalud”, es una visita con un médico, ya sea por teléfono o en línea, con un teléfono inteligente o la cámara web de una computadora. Para obtener más información o programar una cita, llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga un copago de $0 por visitas virtuales cubiertas a través de Teladoc.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista Cubrimos lo siguiente: **Servicios cubiertos por Medicare** • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para las personas con diabetes, una prueba de detección de retinopatía diabética una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Nuestro plan también cubre lo siguiente: **Servicios de rutina** • Un examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año calendario. • Productos para la vista de rutina. Debe consultar con un proveedor de la vista de la red para recibir beneficios de la vista de rutina.	**Servicios cubiertos por Medicare** Usted paga un copago de $40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare relacionado con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista. No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 por la prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 por los lentes y accesorios posteriores a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare. **Examen de la vista de rutina** Usted paga un copago de $0 por cada examen de la vista de rutina. **Productos para la vista de rutina** Usted paga un copago de $0 por productos para la vista de rutina combinados. Hay un límite de beneficio del plan de $200 por año calendario. Usted debe pagar los montos que superen ese límite.

Servicios que usted tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre, por única vez, una visita preventiva "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, en caso de que lo necesite. **Importante:** Nuestro plan cubre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando haga la cita, informe al personal del consultorio del médico que quiere programar la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible por su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".
Cobertura internacional de emergencia/urgencia "Cobertura internacional de emergencia/urgencia" Se define como atención de urgencia o de emergencia, y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos y sus territorios. • Limitada a servicios que serían clasificados como atención de emergencia, de urgencia o servicios posteriores a la estabilización, si se hubieran prestado en los Estados Unidos. • Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. • No están cubiertos los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D que se obtienen en una farmacia de venta minorista fuera de los Estados Unidos. • Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de monedas o de transacción) no están cubiertos.	Usted paga un copago de $0 por cada servicio internacional de atención de emergencia, atención de urgencia y de transporte recibido fuera de los Estados Unidos*. Hay un límite anual de $50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia*. * Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo*.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia, o bien están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación, salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. La única excepción: nosotros pagaremos si se determina, mediante una apelación, que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, de este cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios Médicos o en la tabla a continuación.

Aunque reciba los servicios excluidos en instalaciones de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos, y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son, generalmente, aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original conforme a 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 de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.
Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado asistencial es la atención proporcionada en una casa de reposo, en un centro de cuidado de enfermos terminales o en otro centro, cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de ama en casa incluyen la asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas ligeras.	✓	
Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Con cobertura en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación. • Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y para el seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Atención dental que no es de rutina.		✓ La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones está cubierta.
Cuidado de los pies de rutina.		✓ Cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare, por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Zapatos ortopédicos.		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente.		✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	✓	
Acupuntura.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Servicios de naturoterapeutas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Transporte de emergencia internacional para regresar a los Estados Unidos y sus territorios.	✓	

* El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, la ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 110
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D ... 110
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan . 111

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan ... 112
Sección 2.1 Para que se cubra su receta médica, use una farmacia de la red ... 112
Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red ... 112
Sección 2.3 Uso de los servicios de compra por correo del plan ... 113
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? ... 114
Sección 2.5 ¿Cuándo puede ir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan? ... 115

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la "Lista de Medicamentos" del plan ... 116
Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 116
Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* ... 117
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la *Lista de Medicamentos*? ... 118

SECCIÓN 4 Hay restricciones a la cobertura de ciertos medicamentos ... 118
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 118
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ... 119
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 120

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como le gustaría que estuvieran? ... 120
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera ... 120
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? ... 121
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto? ... 123

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia su cobertura para alguno de sus medicamentos? 124

Sección 6.1 La *Lista de Medicamentos* puede cambiar durante el año..... 124

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma? . 124

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?..... 127

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 127

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliado al plan al surtir una receta médica 128

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliado 128

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado con usted? 128

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 129

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan?..... 129

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo?..... 129

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal del empleador o de jubilados?..... 130

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare? 131

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 131

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura 131

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura 132

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos 133

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

Ayuda Adicional es un programa que ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un encarte aparte denominado "Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica" (también denominada "Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo" o "Cláusula Adicional LIS"), que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS.* (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

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

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, Allwell Medicare Select (HMO) también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan suele cubrir medicamentos que le administran durante internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis, entre otros. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una internación cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada, como también sobre sus beneficios y costos de medicamentos de la Parte B.

Si usted se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos. Nuestro plan cubre, únicamente, servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B y D que no estén relacionados con su enfermedad terminal, o con afecciones asociadas a esa enfermedad, que no están cubiertos conforme al beneficio de centros de cuidado de enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?*). Si quiere información sobre la cobertura de un centro de cuidado de enfermos terminales, consulte la sección sobre centros de cuidado de enfermos terminales del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*).

Las siguientes secciones le informan sobre la cobertura de sus medicamentos conforme a 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 la cobertura de la Parte D y Medicare Original.

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

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con estas reglas básicas:

- Usted debe solicitar a un proveedor (un médico, dentista u otra persona que recete) que escriba su receta médica.
- La persona que receta debe aceptar Medicare o presentar ante los CMS la documentación que demuestre que está capacitada para recetar. Si no lo hace, su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez, debe preguntarle a la persona que receta si cumple con esta condición. En caso contrario, tenga en cuenta que a la persona que receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- En general, debe ir a una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la "*Lista de Medicamentos*" del plan).*
- Su medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su receta médica, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web (allwell.arhealthwellness.com) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita repetir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta médica nueva o que su receta médica se transfiera a su farmacia nueva de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o puede usar el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo. Habitualmente, un centro de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba sus beneficios de la Parte D normalmente a través de nuestra red de farmacias de medicamentos a largo plazo. En general, se trata de la farmacia que utiliza el centro. Si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) a ciertos lugares, o que requieren capacitación sobre su uso, coordinación con el proveedor o un manejo especial. (Nota: Esta situación se produce rara vez).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 2.3 Uso de los servicios de compra por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como **medicamentos de compra por correo (por sus siglas en inglés, MO)** en la *Lista de Medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de compra por correo e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web (los números de teléfono y la dirección del sitio web aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo en no más de 10 días. Si su compra se demora, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Recetas médicas nuevas que el consultorio de su médico envía directamente a la farmacia.
Después de recibir la receta médica que envíe el consultorio de su proveedor de atención de salud, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si quiere surtir el medicamento inmediatamente o después. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (concentración, cantidad y fórmula) y, en caso de que sea necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo cobre y se lo envíe. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Repeticiones de recetas médicas de compra por correo. Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse. Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamento. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento. Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de compra por correo, llame a su farmacia de compra por correo:

- **CVS Caremark: 1-888-624-1139 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Homescripts: 1-888-239-7690 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscriba en el programa de repetición automática o si su información de contacto cambia.

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

El plan ofrece dos maneras para obtener un suministro (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento a largo plazo de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo). Puede solicitar el suministro a través de la compra por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia de venta minorista.

1. **Algunas farmacias de venta minorista** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de Farmacias y Proveedores* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También

puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de compra por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como **medicamentos de compra por correo (por sus siglas en inglés, MO)** en la *Lista de Medicamentos*. El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de compra por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede ir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Su medicamento que requiere receta médica puede estar cubierto en ciertas situaciones

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede ir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan. Si no puede ir a una farmacia de la red, a continuación se describen las situaciones en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- No hay una farmacia de la red que se encuentre cerca y esté abierta.
- Necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento en caso de emergencia o atención médica de urgencia.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En estas situaciones, **consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que usted tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si va a una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) cuando surta la receta médica. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la "Lista de Medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar**.

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

Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* son solo aquellos medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte D (más arriba en este capítulo, Sección 1.1, se detallan los medicamentos de la Parte D).

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo, y siempre que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento, que cumple con *cualquiera* de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o la afección para los que fue recetado).
- *O bien* está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son *American Hospital Formulary Service Drug Information* (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario), *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX) y, para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica), o las versiones que los actualicen).

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

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere receta médica que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, tiene la misma eficacia que el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos disponibles que sustituyen muchos medicamentos de marca.

¿Qué es lo que *no* se incluye en la *Lista de Medicamentos*?

El plan no cubre todos los medicamentos que requieren receta médica.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la *Lista de Medicamentos*.

Sección 3.2 Hay seis 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 seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- El nivel 5 (nivel de especialidades) incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no reúnen los requisitos para estar exentos de pago en un nivel más bajo.
- El nivel 6 (determinados medicamentos) incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas.

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

El monto que usted paga por medicamentos de cada nivel de costo compartido figura en el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).

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

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Revise la *Lista de Medicamentos* más reciente que le proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (allwell.arhealthwellness.com). La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento en particular está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Hay restricciones a la cobertura de ciertos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de medicamentos para hacer más accesible la cobertura.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad, y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia, desde el punto de vista médico, que un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar la opción de costo más bajo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán cumplir con ciertos pasos adicionales para que cubramos los medicamentos. Si quiere que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en anular la restricción. (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 se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos según factores como la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Las siguientes secciones le informan más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proveerán la versión genérica.** En general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **"autorización previa"**. A veces, el requisito para obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero con un medicamento distinto

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede solicitarle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito, que consiste en probar primero un medicamento distinto, se denomina **"terapia escalonada"**.

Aplicar límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tener, poniendo un máximo a la cantidad de medicamento que puede adquirir cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una píldora por día.

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

La *Lista de Medicamentos* del plan incluye información sobre las restricciones descritas previamente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o consulte nuestro sitio web (allwell.arhealthwellness.com).

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán cumplir con ciertos pasos adicionales para que cubramos los medicamentos. Si existe una restricción en el medicamento que quiere tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarse sobre lo que deberían hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura de ese medicamento. Si quiere que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en anular la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como le gustaría que estuvieran?

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que un medicamento que requiere receta médica que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no esté en nuestro *Formulario*, o está allí, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizá una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales a la cobertura de dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas o restricciones adicionales para su uso. Por ejemplo, se le puede solicitar que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si será eficaz, antes de que el medicamento que quiere tomar esté cubierto. O puede haber límites con respecto a qué cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, usted puede desear que anulemos una restricción para usted.

- El medicamento está cubierto, pero lo está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más altos de lo que considera que deberían ser. El plan ubica a cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costo compartido diferentes. Lo que usted pague por su receta médica dependerá, en parte, del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué 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, a continuación se detalla qué puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los afiliados en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que cubramos su medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede 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 permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para poder obtener un suministro temporal, debe cumplir con estos dos requisitos:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan**.

- El medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre las restricciones).

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

- **Para aquellos afiliados 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 afiliación al plan, si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario, si estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos afiliados que hayan permanecido en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si en la receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.

- **Para afiliados actuales al plan que se trasladan de un centro de atención a largo plazo o una hospitalización a su hogar, y necesitan un suministro de transición de sus medicamentos de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 30 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total del medicamento).

- **Para afiliados actuales al plan que se trasladan de su hogar o una hospitalización a un centro de atención a largo plazo, y necesitan un suministro de transición de sus medicamentos de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total del medicamento).

Para solicitar un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le informan más sobre estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que pueda tener la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la *Lista de Medicamentos* del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y que se cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje a la mayor brevedad y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla qué puede hacer:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience hablando con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido más bajo que pueda tener la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento, de manera que usted pague menos por dicho medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje a la mayor brevedad y de manera justa.

Los medicamentos del nivel 5 (nivel de especialidades) no reúnen los requisitos para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido de los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia su cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La *Lista de Medicamentos* puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer cambios en la *Lista de Medicamentos*. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.** Aparecen medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizá el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha comprobado que no es eficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* del plan, debemos cumplir con los requisitos establecidos por Medicare.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la *Lista de Medicamentos* durante el año, publicamos la información sobre esos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos periódicamente nuestra *Lista de Medicamentos* en línea para incorporar cualquier cambio ocurrido luego de la última actualización. Más abajo le explicamos en qué momento usted recibiría un aviso directo en caso de que haya cambios en un medicamento que esté tomando. También puede llamar al

Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos que se mencionan a continuación, usted será afectado por los cambios en la 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 restricciones nuevas al medicamento de marca)**
    - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de Medicamentos* si lo reemplazaremos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento del mismo nivel de costo compartido o de un nivel inferior, y con menos o igual cantidad de restricciones. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de Medicamentos*, pero que lo traslademos inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agreguemos nuevas restricciones.
    - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer este cambio, aun cuando esté tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca que toma. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).
    - Si está tomando un medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, recibirá la información sobre los cambios específicos que realizamos. Esto también incluye información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Puede ocurrir que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado del mercado repentinamente, debido a que se descubre que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, quitaremos inmediatamente el medicamento de la *Lista de Medicamentos*. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos sobre este cambio de inmediato.
    - La persona que receta también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos***
  - Podemos realizar otros cambios una vez comenzado el año que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca. También podemos efectuar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos enviarle un aviso del cambio por adelantado con, por lo menos, 30 días de anticipación o avisarle sobre el cambio y ofrecerle una repetición del medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
  - Una vez que reciba el aviso del cambio, usted deberá hablar con la persona que receta para cambiar a otro medicamento que cubramos.
  - O usted o la persona que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que toma. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos* que no afectan a las personas que están tomando el medicamento: En caso de que haya cambios en la *Lista de Medicamentos* que no se describan anteriormente y usted esté tomando el medicamento, esos cambios, que se describen a continuación, no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año siguiente mientras permanezca en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a otro nivel más alto de costo compartido.
- Si imponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la *Lista de Medicamentos*.

Si se produce alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (pero no debido a que se retiró del mercado, a que un medicamento genérico reemplazará a uno de marca, o a otro cambio descrito en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá avisos directos este año sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios sí lo afectarán, y es importante verificar la *Lista de Medicamentos* del año siguiente para saber si habrá cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa sobre los tipos de medicamentos que requieren receta médica que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección. La única excepción: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5, de este cuadernillo).

A continuación, se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso no indicado de medicamentos. El uso no indicado de un medicamento es cualquier uso distinto de los que figuran en la etiqueta de un medicamento, según esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Generalmente, solo se permite la cobertura para el uso no indicado cuando es respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son *American Hospital Formulary Service Drug Information* (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario) y *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX); para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica), o las versiones que los actualicen. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no podrá cubrir el uso no indicado del medicamento.

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

- Medicamentos que no requieren receta médica (también denominados “medicamentos de venta libre”).

- Medicamentos que se utilizan para promover la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o del resfrío.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante quiere que, además, se contraten pruebas o servicios de control producidos exclusivamente por él, como condición de venta.

Si usted recibe Ayuda Adicional para el pago de sus medicamentos, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos que requieren receta médica que normalmente no cubre un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto correspondiente a Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliado al plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliado

Para surtir una receta médica, muestre su tarjeta de afiliado al plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de afiliado al plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado con usted?

Si no tiene la tarjeta de afiliado al plan en el momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo**. (Luego podrá **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan?

Si usted es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Al ingresar o vivir en un centro de enfermería especializada, o al dejarlo, usted tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cancelación de su afiliación al plan*, le informa sobre cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en un plan de Medicare diferente).

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

En general, un centro de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo y se inscribe en el plan?

Si necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos* o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será un suministro para un máximo de 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio). Si ha estado afiliado al plan durante más de

90 días y necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos*, o si el plan tiene alguna restricción a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que pueda tener la misma eficacia para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, indica qué se debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal del empleador o de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica a través del grupo de su empleador o de jubilados (o del de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. Este le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos que requieren receta médica actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal del empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal paga en primer lugar.

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Todos los años, su grupo del empleador o de jubilados le deberá enviar un aviso en el que le informe si la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para el año calendario siguiente es acreditable, 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 de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable, porque es posible que los necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante o un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro, en la que se informe que el medicamento no está relacionado. Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

En caso de que usted cancele su elección del centro de cuidado de enfermos terminales, o bien sea dado de alta del centro, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar la cancelación o el alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones de la utilización de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros afiliados reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los afiliados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento para tratar la misma enfermedad.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma.
- Cantidades no seguras de opioides para tratar el dolor.

Si observamos un posible problema en la utilización de sus medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta médica u otros medicamentos que pueden ser objeto de abuso con mayor frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (por sus siglas en inglés, DMP). Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que corre riesgo de abusar o hacer mal uso de los opioides o las benzodiazepinas, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas pueden ser las limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para opioides o benzodiazepinas en una sola farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para opioides o benzodiazepinas de un solo médico.
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos los términos de las limitaciones que creemos deberían aplicarle. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de abusar de un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

El DMP puede no aplicarse a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, o si recibe cuidado de enfermos terminales, atención paliativa, atención para el final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros afiliados que tienen necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos afiliados tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo o tienen que afrontar costos de medicamentos muy altos.

Este programa es voluntario y gratuito para los afiliados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados aprovechen al máximo los beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (por sus siglas en inglés, MTM). Algunos afiliados que toman medicamentos para tratar diferentes enfermedades pueden reunir los requisitos para obtener estos servicios a través del programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos o sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre los medicamentos que requieren receta médica o los de venta libre. Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos, y un espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve consigo la lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación), en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo eliminaremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 137

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos ... 137

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica ... 138

SECCIÓN 2 El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento ... 138

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados a *nuestro plan*? ... 138

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra ... 139

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la *EOB de la Parte D*) ... 139

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos ... 140

SECCIÓN 4 No se aplica deducible a Allwell Medicare Select (HMO) ... 141

Sección 4.1 Usted no paga deducible por los medicamentos de la Parte D ... 141

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, se cubre la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde al plan, y usted paga su parte ... 141

Sección 5.1 El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte la receta médica ... 141

Sección 5.2 Cuadro que muestra sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento ... 142

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro completo de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del mes completo ... 146

Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* (de 61 a 90 días) de un medicamento ... 147

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen los $4,020 ... 149

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 150

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los $6,350 150

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos de desembolso para los medicamentos que requieren receta médica 150

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, se cubre la mayor parte del costo de sus medicamentos 152

Sección 7.1 Una vez que usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 152

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 153

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna 153

Sección 8.2 Es recomendable que llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de recibir una vacuna 155

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

Ayuda Adicional es un programa que ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un encarte aparte denominado "Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica" (también denominada "Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo" o "Cláusula Adicional LIS"), que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS.* (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Para hacerlo más simple, en este capítulo usamos la palabra "medicamento" para referirnos a un medicamento que requiere receta médica de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, ya que algunos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare, según lo establece la ley.

Para entender la información sobre el pago que explicamos en este capítulo, debe conocer los puntos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas médicas y qué reglas debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se presentan los materiales que explican estos puntos básicos:

- ***Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.** Para hacerlo más simple, a esta lista la denominamos *Lista de Medicamentos*.
  - Esta *Lista de Medicamentos* informa qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los seis niveles de costo compartido se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cobertura.

- Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos que requieren receta médica, incluidas las reglas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por nuestro plan.
- ***Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe ir a una farmacia de la red para comprar los medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de Farmacias y Proveedores* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de medicamentos a largo plazo (por ejemplo, surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y usted tiene tres maneras de pagarlo.

- **Deducible** es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2 El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados a *nuestro plan*?

Tal como se muestra en el siguiente cuadro, existen etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica conforme a Allwell Medicare Select (HMO). El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o repetir una receta médica.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de brecha de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Debido a que no hay un deducible para el plan, esta etapa de pago no le corresponde.	Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, se cubre la parte del costo de los medicamentos que le corresponde al plan, y **usted paga su parte del costo**. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **costos totales de medicamentos** anuales hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcancen un total de $4,020. (En la Sección 5 de este capítulo encontrará más detalles).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio (más una parte de la tarifa de despacho) de los medicamentos de marca y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **costos de desembolso** (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $6,350. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare. (En la Sección 6 de este capítulo encontrará más detalles).	Durante esta etapa, **se cubrirá la mayor parte del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (En la Sección 7 de este capítulo encontrará más detalles).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la *EOB de la Parte D*)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos que requieren receta médica y de los pagos que usted realiza cuando surte o repite sus recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo **“de desembolso”**.

- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto de desembolso que usted paga, o que otras personas pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces, llamado *EOB de la Parte D*) cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **La información de ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago acerca de las recetas médicas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted u otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información del "año hasta la fecha". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted realiza por estos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado al surtir una receta médica.** Para asegurarnos de estar informados sobre las recetas médicas que surte y cuánto paga, muestre su tarjeta de afiliado al plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ciertas ocasiones, es posible que pague medicamentos que requieren receta médica cuando nosotros no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2, de este cuadernillo). A continuación, se presentan algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando pagó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.

  - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones, en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso y lo ayudan a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se consideran para sus costos de desembolso. Debe llevar un registro de estos pagos y nos los debe enviar para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba su *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*) por correo, contrólela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llámenos al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Guarde estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No se aplica deducible a Allwell Medicare Select (HMO)

Sección 4.1 Usted no paga deducible por los medicamentos de la Parte D

No se aplica deducible a Allwell Medicare Select (HMO). Usted comienza 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, se cubre la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde al plan, y usted paga su parte

Sección 5.1 El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte la receta médica

Durante la Etapa de cobertura inicial, se cubre la parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica que le corresponde al plan, y usted paga su parte (el monto de coseguro o copago). Su parte del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta la receta médica.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- El nivel 5 (nivel de especialidades) incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no reúnen los requisitos para estar exentos de pago en un nivel más bajo.
- El nivel 6 (determinados medicamentos) incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- Una farmacia de compra por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

Sección 5.2 Cuadro que muestra sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento

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

- **Copago** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Tal como se muestra en el siguiente cuadro, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio más bajo del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea menor*.
- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento que requiere receta médica cubierto de la Parte D:

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido del nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos).	$0	$0	$0	$0
Costo compartido del nivel 2 (Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos).	$8	$0	$8	$8

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido del nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	$47	$47	$47	$47
Costo compartido del nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos).	$100	$100	$100	$100

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de especialidades: incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no reúnen los requisitos para estar exentos de pago en un nivel más bajo).	33%	33%	33%	33%
Costo compartido del nivel 6 (Determinados medicamentos: incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas).	$0	$0	$0	$0

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento que requiere receta médica cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, el médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos. En ciertas ocasiones, le pedirá a su médico que le recete menos del suministro de un mes de medicamentos (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, usted no pagará el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene menos de un suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta médica es para el suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si obtiene menos de un suministro de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si usted es responsable del copago de un medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por el medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que reciba.
    - Vea el siguiente ejemplo: Digamos que el copago del medicamento para un suministro de un mes completo (de 30 días) es $30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es $1. Si usted recibe un suministro de medicamento de 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva antes de tener que pagar el suministro de un mes entero. Además, a fin de planificar mejor las fechas de repetición para diferentes recetas médicas y hacer menos viajes a la farmacia, puede pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de un mes completo de un medicamento y a su farmacéutico, que se lo despache. El monto que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* (de 61 a 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de 61 a 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El siguiente cuadro muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (de 61 a 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio más bajo del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea menor*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento que requiere receta médica cubierto de la Parte D:

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de 61 a 90 días)
Costo compartido del nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos).	$0	$0
Costo compartido del nivel 2 (Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos).	$24	$0

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de 61 a 90 días)
Costo compartido del nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	$141	$141
Costo compartido del nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos).	$300	$300
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de especialidades: incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no reúnen los requisitos para estar exentos de pago en un nivel más bajo).	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5.	

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido para compra por correo** (suministro de 61 a 90 días)
Costo compartido del nivel 6 (Determinados medicamentos: incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas).	$0	$0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen los $4,020

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos que requieren receta médica que haya surtido y repetido alcance el **límite de $4,020 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier plan de la Parte D pagó:

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye lo siguiente:
  - El total que usted pagó en concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El monto que el plan pagó** como la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2020, el monto que ese plan haya pagado durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan en sus medicamentos, así como otros terceros, durante el año en su nombre. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,020 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $4,020. Si lo alcanza, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los $6,350

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare le proporciona descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso como si usted los hubiera pagado, y lo harán avanzar por la brecha de cobertura.

También recibe algún tipo de cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y se cubre el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para los costos de desembolso. Solo cuenta el monto que usted paga, que es el que lo hará avanzar por la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2020, ese monto es de $6,350.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de desembolso. Cuando usted alcanza un límite de desembolso de $6,350, deja la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos de desembolso para los medicamentos que requieren receta médica

A continuación, se presentan las reglas de Medicare que debemos cumplir cuando llevamos el registro de los costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos de desembolso

Cuando usted suma los costos de desembolso, usted **puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este cuadernillo):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa de brecha de cobertura.
- Cualquier pago que usted haya realizado durante este año calendario como afiliado a otro plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos están incluidos en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también están incluidos* si **ciertas personas u organizaciones** realizan los pagos en su nombre. Esto incluye los pagos de medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los Programas de Asistencia de Medicamentos para el Sida o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de Ayuda Adicional de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca que usted recibe está incluido. Sin embargo, el monto correspondiente al plan por los medicamentos genéricos que usted recibe no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de $6,350 en costos de desembolso dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Cuando suma sus costos de desembolso, usted **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos para los medicamentos que requieren receta médica:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos del plan por los medicamentos de marca o genéricos que usted recibe mientras se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales).

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las que aparecen más arriba, paga una parte o la totalidad de los costos de desembolso por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Cómo puede llevar el registro del total de sus costos de desembolso?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso (la Sección 3 de este capítulo explica este informe). Cuando alcance un total de $6,350 en costos de desembolso por año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de brecha de cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, se cubre la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso hayan alcanzado el límite de $6,350 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Durante esta etapa, se cubre la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *más alto*:
  - ya sea un coseguro del 5% del costo del medicamento;
  - o $3.60 por un medicamento genérico, o un medicamento que se considere como genérico, y $8.95 por todos los demás medicamentos.
- **Se paga el resto** del costo **a través del plan.**

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2.1, para encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (A veces, esto se denomina la "aplicación" de la vacuna).

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

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

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas aparecen enumeradas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

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

- A veces, cuando usted recibe su vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí y de la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando obtiene la vacuna en sí o se le aplica la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación presentamos tres maneras comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de brecha de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Se pagarán los costos restantes a través de nuestro plan.

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

- Cuando obtiene la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su aplicación.
- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (que incluye la aplicación), y menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que nosotros solemos pagar. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la apliquen.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo.

- Se le reembolsará el monto que el médico le haya cobrado por la aplicación de la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2 Es recomendable que llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de recibir una vacuna

Las reglas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planee recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

- Podemos explicarle cómo el plan cubre la vacuna e informarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo reducir su propio costo utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede visitar a un proveedor ni comprar en una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 158

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso 158

SECCIÓN 2 Cómo puede solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 160

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 160

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos 161

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos 161

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación..... 162

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias 162

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso en medicamentos..... 162

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso

A veces, cuando obtiene atención médica o un medicamento que requiere receta médica, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras oportunidades, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto se suele denominar "reembolso"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo, siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También es probable que, a veces, reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos esta factura, en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. **Cuando haya recibido atención médica de emergencia o requerida de urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan.**

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea parte o no de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo debe pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

   - Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos 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 en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
     - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y solo solicitarle a usted su parte del costo. Pero, a veces, cometen errores y le solicitan que pague más que la parte que le corresponde.

- Solo debe pagar el monto de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama "facturación del saldo". Este mecanismo de protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la facturación del saldo, consulte el Capítulo 4, Sección 1.4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más que lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba conforme al plan.

3. Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. ("Retroactiva" significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo haber sido el año pasado inclusive).

Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó costos de desembolso por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación para que nosotros administremos el reembolso.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo solicitar el reembolso y sobre los plazos establecidos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de afiliado para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando esto sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de afiliado al plan.

Si no tiene su tarjeta de afiliado al plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted mismo deba pagar el costo total de la receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos 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 porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o bien, podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o no considera que debería aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo puede solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos servirá para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (allwell.arhealthwellness.com) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Allwell Medicare Select (HMO)
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640-3822

Por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, envíenos por correo su solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Reclamos relacionados con la Parte D:
Allwell Medicare Select (HMO)
Attn: Pharmacy Claims
P.O. BOX 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de 12 meses (para los reclamos médicos) y en el plazo de tres años (para los reclamos por medicamentos) a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe qué monto debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos

Al recibir su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De otro modo, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso que le corresponde de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe cumplir para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D cubiertos).

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar nuestra decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido 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 modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 9, Sección 4. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos, tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le indica lo que debe hacer en su situación:

- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3.
- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso en medicamentos

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando el pago, sino que nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de desembolso correctamente. Es posible que esto lo ayude a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, se presentan dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra un medicamento a un precio que es inferior al nuestro.

A veces, cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia quizás ofrezca un precio especial por el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento que no pertenece a nuestro beneficio, que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe ir a una farmacia de la red en estas situaciones, y el medicamento debe aparecer en la *Lista de Medicamentos*.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de desembolso lo ayuden a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente y lo ayudará a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

2. Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos.

Algunos afiliados están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que no pertenece a los beneficios del plan. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de desembolso lo ayuden a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no, a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente y lo ayudará a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Como usted no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones 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 afiliado al plan 166

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.) 166

Sección 1.2 Debemos garantizar que reciba los servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma 167

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 167

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 168

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 170

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 172

Sección 1.7 Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados 172

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías 173

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos? 173

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos 174

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan 174

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 174

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado al plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder las preguntas de los afiliados que presentan una discapacidad y que no hablan inglés. Esta información está disponible en forma gratuita, en otros idiomas. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-565-9518 (TTY: 711). Horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También podemos proporcionarle información en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo si lo necesita. Se nos exige que le brindemos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con el Departamento de Quejas Formales al mismo número.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede presentar una queja ante Medicare por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye la información de contacto en esta *Evidencia de Cobertura* o en este correo. Para obtener información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in audio, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. For information in another language, please contact our Member Services at 1-855-565-9518 (TTY: 711). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week. We can also give you information in audio, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Grievance department at the same number.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing. You may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2 Debemos garantizar que reciba los servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 encontrará más información sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No requerimos que obtenga remisiones para consultar a proveedores de la red.

Como afiliado al plan, tiene derecho a programar citas y a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma cuando usted necesita esa atención. También tiene derecho a surtir o repetir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, Sección 10, de este cuadernillo se le indica qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos, y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 4, se le indica qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y demás información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le proporcionamos un aviso escrito, denominado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención ni que paga por ella, *se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo*. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso por escrito.
- En ciertas situaciones excepcionales, no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted está afiliado a nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber de qué manera se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a conocer de qué manera se ha compartido su información médica con otras personas por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de parte nuestra. (Tal como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra de una manera que le sirva. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los afiliados y las calificaciones de desempeño del plan, es decir, cómo fue calificado el plan por parte de los afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores.*
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o puede visitar nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y qué reglas debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  - **Nota:** Nuestro plan no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que realizan revisiones de la utilización, incluidas aquellas de las entidades delegadas. La toma de decisiones sobre la administración de la utilización se basa únicamente en la adecuación de la atención y del servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para aquellas personas que toman decisiones sobre la administración de la utilización no fomentan las decisiones que provocan la subutilización.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo y la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

- **Información sobre el motivo por el cual hay algo que no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna manera, nos puede solicitar una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación, aunque haya recibido el servicio médico o el medicamento de parte de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos tal decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué debe hacer si hay algo que no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).
  - Si quiere solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o por un medicamento que requiere receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención de salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo de estas o si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar y utilizar sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención o el tratamiento médicos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que ocurra en su cuerpo como resultado de eso.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este cuadernillo indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar las decisiones médicas usted mismo

A veces, las personas pierden la capacidad para tomar decisiones sobre la atención de salud debido a accidentes o a una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo quiere*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que quiere que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **"instrucciones anticipadas"**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados **"testamento en vida"** y **"poder legal para la atención de salud"** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si quiere usar una instrucción anticipada, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si quiere dar una instrucción anticipada, puede pedirle un formulario a su abogado, a un trabajador social, o lo puede obtener en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, usted puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión si quiere completar una instrucción anticipada (esto incluye firmar una si ya está en el hospital). Por ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarlo por el hecho de que haya firmado, o no, una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Arkansas.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este cuadernillo le indica qué puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelación o una queja), **debemos tratarlo de manera imparcial**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.7 Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados

Si tiene preguntas o inquietudes sobre los derechos y las responsabilidades, o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los afiliados, comparta lo que piensa con nosotros por teléfono al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se desarrollaron recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos existentes. Cuando corresponde, nuestro plan aplica las determinaciones locales y nacionales de cobertura de Medicare.

En ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la inclusión de nuevas tecnologías, o nuevas aplicaciones de tecnologías existentes, en los planes de beneficios a fin de garantizar que los afiliados tengan acceso a una atención segura y eficaz. Para ello, realiza una evaluación crítica de publicaciones médicas actuales revisadas por expertos homólogos, que incluyen revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohorte, estudios de control de casos, estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente importantes que indican seguridad y eficacia, y la revisión de pautas basadas en la evidencia desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también tiene en cuenta opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, como sociedades de médicos especialistas, paneles de consenso u otros organismos de evaluación de tecnología o de investigación reconocidos a nivel nacional, e informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud).

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos por cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que lo han tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

- O **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 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Comuníquese con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (*Sus Derechos y Protecciones en Medicare*). (La publicación está disponible en **Error! Hyperlink reference not valid.**https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como afiliado al plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles acerca de su cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos que requieren receta médica, además de nuestro plan, deberá informarnos. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

- Se nos exige cumplir con las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con otros beneficios de salud y de medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).

- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado al plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- Colabore con sus médicos y los demás proveedores para que estos le brinden información, haciendo preguntas y siguiendo el tratamiento propuesto.
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al funcionamiento, sin complicaciones, del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas del plan para seguir estando afiliado a nuestro plan.
  - Para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos afiliados deben pagar la prima de Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados deben pagar la prima de Medicare Parte B para permanecer afiliados al plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
  - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted deberá pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el

Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, es necesario que lo haga para mantener su cobertura de medicamentos que requieren receta médica.
  - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagarlo directamente al gobierno para permanecer afiliado al plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer afiliado a nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que se puede inscribir en cualquier plan de Medicare disponible en el área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto**, así podremos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o al Consejo de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto correspondiente a estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También estamos abiertos a cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA 181

SECCIÓN 1 Introducción 181
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 181
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 181

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 182
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 182

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema? 183
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 183

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 184

SECCIÓN 4 Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 184
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general . 184
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 185
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación? 186

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 186
Sección 5.1 Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 187
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que se autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere) 188
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 192
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 196
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica? 198

SECCIÓN 6 Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 199

Sección 6.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D 200

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 202

Sección 6.3 Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones 204

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 204

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 208

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 211

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto 213

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos 213

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 215

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 218

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 219

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto 222

Sección 8.1 *Esta sección se refiere a tres servicios únicamente:* Cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios..... 222

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura 223

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado 224

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado 226

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 228

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior 231

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos..... 231

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D 232

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 234

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 234

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?.... 234

Sección 10.2 El nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”..... 236

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 236

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 238

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare..... 239

INFORMACIÓN BÁSICA

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar los problemas y las inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Para garantizar el manejo óptimo e inmediato de sus problemas, cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía que aparece en la Sección 3 lo ayudará a identificar cuál es el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos que se utilizan para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para hacerlo más simple, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales utilizando palabras más sencillas, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”; y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede resultar útil (y a veces muy importante) que usted conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos debe emplear lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al abordar su problema y obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos los términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema. Además, pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué se debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le resultará de utilidad.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**.

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la próxima sección de este capítulo: **Sección 4, "Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos que requieren receta médica, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para cuestiones, tales como saber si un servicio o medicamento está o no cubierto y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o acerca del monto que pagaremos 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 le brinda atención médica o lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico específico, o si se niega a proporcionarle atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que Medicare ya no los cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto es una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos con todas las reglas de manera apropiada. Su apelación es analizada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Una vez que hayamos completado la revisión, le informaremos acerca de nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que abordaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión acelerada o “decisión de cobertura rápida”, o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos en forma total o parcial su apelación de nivel 1, su caso irá a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 se lleva a cabo a través de una organización independiente que no se relaciona con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de nivel 2. En otras situaciones, deberá presentar una apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar a través de niveles de apelación adicionales.

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

¿Necesita ayuda? A continuación, se presentan algunos recursos que podrían interesarle si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no se relacione con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
  - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, esta se enviará automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, se debe designar a su médico como su representante.
  - Para medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, su médico u otra persona que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o de nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, debe designar a su médico u otra persona que recete como su representante.
- **Usted puede solicitar a alguna persona que actúe en su nombre.** Si así lo quiere, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Quizás haya una persona que ya esté legalmente autorizada para actuar como su representante de conformidad con la ley de su estado.
  - Si usted quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario "Designación de un Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.com). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe contar con su firma y la de la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **Asimismo, tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto". (*Se aplica solo a estos servicios*: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de ciertas organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo contiene los números de teléfono de este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo hizo, es recomendable que lo haga antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 5.1 Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se refiere a sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para hacerlo más simple, hacemos referencia a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención, tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. En algunas ocasiones, se aplican reglas diferentes para las solicitudes de medicamentos que requieren receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para solicitar dichos medicamentos y las reglas para obtener artículos y servicios médicos.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No obtiene la atención médica que necesita y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. A través de nuestro plan, no se aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren proporcionarle, y usted cree que está cubierta.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos dicha atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan y quiere solicitar a nuestro plan un reembolso por esa atención.
5. Se le informa que la cobertura de determinada atención médica que ha obtenido y que se aprobó previamente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que el hecho de reducir o interrumpir esa atención podría dañar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios**, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación, se indica lo que debe leer en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si se cubrirán la atención o los servicios médicos que solicita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la próxima sección de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos el servicio médico tal como usted quiere?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y que usted mismo pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que se autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se denomina **"determinación de la organización"**.

<u>Paso 1:</u> Usted 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 solicitar que tomemos una **"decisión de cobertura rápida"**.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura de atención médica que prefiere

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan a fin de solicitar que le autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que quiere. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para proporcionarle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, usaremos plazos "estándares", salvo que acordemos usar plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud **de artículos o servicios médicos**. Si solicita un **medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la solicitud.

- **Sin embargo,** para solicitudes **de artículos o servicios médicos, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para artículos o servicios médicos. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
    - **Sin embargo, para solicitudes de artículos o servicios médicos, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para presentar más información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una

decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

  - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
  - La carta también le informará cómo presentar una "queja rápida" en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su

solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.

- Como se explica anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), o bien dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura sobre su solicitud de artículos o servicios médicos, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada escrita que le explique por qué lo hicimos.

Plazos para una decisión de cobertura estándar

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la solicitud.
  - Para solicitudes de artículos o servicios médicos, podemos demorar hasta 14 días calendario más (un "período extendido") en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
  - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de

24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), o bien dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 14 días calendario, o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura sobre su solicitud de artículos o servicios médicos, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que la reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que necesita.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al 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 solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para empezar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.**
  - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de *Designación de un Representante*, en el que usted autoriza a esta persona para que lo represente. Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario "Designación de un Representante". También está disponible en el sitio web de Medicare, https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, allwell.arhealthwellness.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 el plazo de los 44 días calendario luego de haber recibido su solicitud de apelación (la fecha límite para que tomemos una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso escrito que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito que le informa sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentran el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar la apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede llamarnos y realizar una solicitud)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- Si apela una decisión tomada por nuestro plan acerca de la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y los 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 se proporcionan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", se la proporcionaremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le responderemos antes, si su salud así lo requiere.
    - Sin embargo, cuando su solicitud es para artículos o servicios médicos, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o antes de que finalice el período extendido, si demoramos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de artículos o servicios médicos **en 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si se trata de la cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si se trata de la cobertura de un medicamento que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Sin embargo, cuando su solicitud es para artículos o servicios médicos, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
    - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta en el plazo correspondiente mencionado más arriba (o antes de que finalice el período extendido si demoramos más días para su solicitud de artículos o servicios médicos), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización independiente y externa revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 30 días calendario, o bien de los **7 días calendario** si la solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma total o parcial su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

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

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestras decisiones para su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una "apelación rápida" en el nivel 1, también deberá presentar una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para artículos o servicios médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si usted presentó una "apelación estándar" en el nivel 1, también deberá presentar una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es para artículos o servicios médicos, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para artículos o servicios médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial una solicitud de artículos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindar el servicio en el plazo de los 14 días calendario a partir de que recibamos la decisión de la organización para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de que recibamos la decisión de la organización para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial una solicitud de un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento en cuestión en un plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización para **solicitudes estándar**, o en un plazo de **24 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación**, significa que ha acordado con nosotros que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente mantiene la decisión, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en

el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe alcanzar una determinada cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cuál debe ser el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente resuelve la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que, posiblemente, usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación con la solicitud de reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de enviar el pago es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que no pagaremos los servicios y los motivos detallados. (El hecho de declinar su solicitud de pago es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y le informamos que no le pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar el pago, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y que usted mismo pagó, no puede solicitarnos una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo hizo, es recomendable que lo haga antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. (Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para hacerlo más simple, utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento que requiere receta médica cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones a la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se establece en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

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

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
  - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).

  - Solicitar pagar un monto de costo compartido menor para un medicamento de un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le indican que su receta médica no se podrá surtir tal como se indica, usted recibirá un aviso escrito donde se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto 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.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué parte de esta sección tiene información útil para usted:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

¿Necesita un medicamento que no aparece en la *Lista de Medicamentos* o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?	**¿Quiere que cubramos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?**	**¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?**	**¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos el medicamento tal como usted quiere?**
Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera, nos puede pedir que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitar que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece 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 aparece en la *Lista de Medicamentos*, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4 (medicamentos no preferidos). Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción a nuestra cobertura de un medicamento cubierto**. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una **"excepción al *Formulario*"**.

   - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Requerir el uso de una versión genérica* de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.

- *Obtener la aprobación por adelantado del plan*, antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina "autorización previa").
- *Requerir que pruebe un medicamento diferente en primer lugar*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita (a veces, esto se denomina "terapia escalonada").
- *Límites de cantidad*. Para ciertos medicamentos, se aplican restricciones a la cantidad que usted puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción a su favor, usted puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para ese medicamento.

3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina, a veces, solicitar una **"excepción al nivel"**.

- Si nuestra *Lista de Medicamentos* contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento en el monto de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento en el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento en el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento en el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5 (nivel de especialidades).

- Si aprobamos su solicitud de excepción al nivel y existe más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información de su médico o la persona que receta al solicitar la excepción.

En general, la *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, *no* aprobaríamos su solicitud de una excepción. Si solicita una excepción al nivel, *no* aprobaremos su solicitud, a menos que haya probado todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo, y estos no le hayan dado tan buenos resultados.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación suele tener validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que rechacemos su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida 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 el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere.** En primer lugar, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.* O bien, si nos solicita que le reembolsemos un medicamento, consulte la sección *Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción que solicita. (Denominamos a esto "declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración escrita, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando tomemos nuestra decisión, usaremos plazos "estándares", salvo que acordemos usar plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su

médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si el médico u otra persona que receta nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico u otra persona que receta solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - En general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente y externa. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 72 horas**.
  - En general, esto significa dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado **dentro de las 72 horas** de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, también debemos hacerle el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted debe decidir si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos —y, posiblemente, modifiquemos— la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para empezar con su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que receta) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito que le informa sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentran el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

- **Puede solicitarnos una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar la apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si apela nuestra decisión acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para una "decisión de cobertura rápida", que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 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, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 7 días calendario** desde la recepción de su apelación para un medicamento que aún no recibió. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
  - Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días calendario, 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, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado tan pronto como su salud lo requiera, pero, **a más tardar, a los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.
- Si lo que solicita es el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
  - Si no tomamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, también debemos hacerle el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si rechazamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de 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 otra persona que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que elige Medicare para que revise nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

Plazos para una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".

- Si la organización de revisión autoriza una "apelación rápida", la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.

Plazos para una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si se relaciona con un medicamento que aún no recibió. Si lo que solicita es el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
  - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente mantiene la decisión, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del nivel 2 es definitiva. El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cuál debe ser el valor en dólares en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con los requisitos, usted elige si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).

- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente resuelve la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que deje el hospital.

- El día en que deja el hospital se denomina **"fecha de alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, se le proporcionará un aviso escrito denominado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Cualquier persona que tenga Medicare obtiene una copia de este aviso cada vez que se la admite en un hospital. El personal del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe dársela dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). 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 haga preguntas si no lo comprende.** Le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:
   - El derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - El derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión de alta si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso escrito de Medicare le informa sobre cómo **solicitar una revisión inmediata**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso de su fecha de alta de manera que su atención hospitalaria esté cubierta por un tiempo más prolongado. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).
   - La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). La firma en este aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado, de manera que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) a mano cuando la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en el que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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

lo puede ver en línea, en https://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 hospitalaria

Si quiere solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su fecha de alta planificada es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).
  - Si usted cumple con ese plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar,* mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
  - Si *no* cumple con ese plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
  - Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos "rápidos" para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada"**.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores también leerán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.

- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta planificada y le explicará, en detalle, los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina ***Aviso Detallado del Alta***. Puede solicitar un ejemplo de este aviso por teléfono al Departamento de Servicios al Afiliado (los números aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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). O bien puede ver un ejemplo de aviso en línea, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con su apelación de nivel 1 y no la cambiará. Esto se denomina "mantener la decisión".
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si quiere seguir apelando y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada para verificar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, estamos manifestando que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros de rechazar su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos automáticamente 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 las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. 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 en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
  - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta esa decisión, o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección se refiere a tres servicios únicamente:* Cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que sea considerada "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando obtiene cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para esa atención durante todo el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que corresponda, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando nosotros decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *nosotros interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde de su atención.*

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.
   - El aviso escrito le indicará la fecha en la que nosotros interrumpiremos la cobertura de su atención.
   - El aviso escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitar a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga brindándole cobertura por un período más prolongado.

Términos legales
Al decirle qué puede hacer, el aviso escrito le está diciendo cómo puede solicitar una **"apelación rápida"**. Solicitar una apelación rápida es un modo legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finaliza su atención. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación rápida). El aviso escrito se denomina ***Aviso de No Cobertura de Medicare***. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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 puede ver una copia en línea, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).

- La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Esto no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período más prologando, tendrá que usar el proceso de apelaciones para realizar la solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo hacerlo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si presenta una apelación de nivel 1 en tiempo y forma, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de interrumpir la cobertura de determinados 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 el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (que haga una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención*.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- La organización de revisión también leerá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Antes de que finalice el día en el que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted también recibirá un aviso escrito de nuestra parte, en el que le explicaremos en detalle los motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación del aviso se denomina ***Explicación Detallada de No Cobertura***.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.

- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que se le informó**. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención en la fecha que se detalla en el aviso.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta pertenece al "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que aceptan la decisión que tomamos relacionada con su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, nosotros volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios más prolongados y que continuaremos proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y nosotros no pagaremos nuestra parte del costo después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos automáticamente 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 las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. 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 en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que acepta la decisión que nuestro plan tomó relacionada con su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado 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, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que usted recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez (llamado "juez especializado en derecho administrativo") o un abogado mediador independiente que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no***. Decidiremos si apelamos o no esta decisión en el nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento adjunto que sea necesario. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La **Junta de Apelaciones** de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La Junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no***. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión de la Junta.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de 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 las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez (llamado "juez especializado en derecho administrativo") o un abogado mediador independiente que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se ha aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4	La **Junta de Apelaciones** de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La Junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se ha aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la Junta **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que usted recibe le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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 los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica recibida	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente poco eficaz u otras actitudes negativas	• ¿Alguien se comportó de manera ofensiva o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con la forma en la que lo trató el personal del Departamento de Servicios al Afiliado? • ¿Considera que se lo está incitando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Plazos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar mucho tiempo? ¿O le ha sucedido esto con el Departamento de Servicios al Afiliado o con otro integrante del personal del plan? o Por ejemplo, esperar mucho tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes, o para obtener un medicamento o una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de la clínica, el hospital o el consultorio del médico?
Información que le enviamos	• ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de comprender?
Plazos (Estos tipos de quejas están relacionados con los plazos de nuestras decisiones de cobertura y las 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, utilice ese proceso y no, el proceso de presentación de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no le dimos una respuesta con la rapidez con la que debíamos hacerlo, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos: • Si usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros nos negamos a proporcionarla, usted puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, puede presentar una queja. • Existen plazos que se aplican cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle los gastos por ciertos medicamentos o servicios médicos. Si considera que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos esto en los plazos establecidos, usted puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos legales

- Lo que esta sección denomina **"queja"** también se llama **"queja formal"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja formal"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para presentar una queja formal"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **En general, llamar al Departamento de Servicios al Afiliado es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará. El número de teléfono es 1-855-565-9518 (TTY: 711). El horario de atención es desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
- Si solicita una respuesta por escrito, presente una queja por escrito (queja formal), o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja. Este proceso se denomina "procedimiento de quejas formales".** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece anteriormente. O puede enviarnos por correo una solicitud escrita a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica, Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D,* o *Quejas sobre Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D,* del Capítulo 2 de este cuadernillo.
    - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario de ocurrido el problema. (Le podemos dar más tiempo para las quejas sobre los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D si tiene un buen motivo por el cual no cumplió con la fecha límite de presentación). Puede presentarnos su queja formalmente por escrito a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica, Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D,* o *Quejas sobre*

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D, del Capítulo 2 de este cuadernillo.

- Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, y a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de obtener información adicional, y la demora es en su beneficio.
- En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Este proceso se denomina "procedimiento de quejas formales aceleradas". Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
  - Rechazamos su pedido de una revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D.
  - Rechazamos su pedido de una revisión rápida de una apelación por servicios o medicamentos de la Parte D denegados.
  - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
  - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su apelación por atención médica rechazada.

- Usted puede presentar este tipo de quejas por teléfono al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la contraportada de este cuadernillo. Además, puede presentarnos su queja por escrito a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica, Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D,* o *Quejas sobre Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D,* del Capítulo 2 de este cuadernillo. Una vez que recibamos la queja formal acelerada (queja), un médico clínico revisará el caso para determinar los motivos relacionados con la denegación de su solicitud de una revisión rápida o si la extensión del caso fue adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido oralmente y por escrito, dentro de las 24 horas de la recepción de su queja.

- **Por teléfono o por escrito, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere realizar la queja.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le daremos una "queja rápida" automáticamente.** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección denomina **"queja rápida"** también se llama **"queja formal acelerada"**.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su queja, o no nos hacemos responsables del problema sobre el cual realiza la queja, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja ante nosotros sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones.

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante esta organización y ante nosotros al mismo tiempo.** Si quiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su afiliación al plan

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción 242
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan 242

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan? 242
Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual 242
Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage 243
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial 244
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación? 245

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan? 246
Sección 3.1 Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan 246

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 247
Sección 4.1 Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan 247

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones 248
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan? 248
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud 249
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan 249

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan

La cancelación de su afiliación a nuestro plan puede ser **voluntaria** (por su propia decisión) o **involuntaria** (ajena a su propia decisión):

- Es posible que usted abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
  - Hay solo algunos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en los que usted puede cancelar voluntariamente su afiliación al plan. La Sección 2 le explica *cuándo* puede cancelar su afiliación al plan.
  - El proceso para cancelar su afiliación de manera voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* cancelar su afiliación en cada situación.
- Existen también algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que se nos exige que cancelemos su afiliación. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que se cancele su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunos casos, también es probable que reúna los requisitos para abandonar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su afiliación durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este período se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
  - Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
  - *O* un plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.

Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos que requieren receta médica: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Este período se extiende, todos los años, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).

  - Cancelar su afiliación a nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado para agregar la cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a haberse inscrito en otro plan Medicare Advantage o a nuestra recepción de su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, su afiliación a dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial

En algunos casos, es probable que los afiliados a nuestro plan reúnan los requisitos para cancelar su afiliación en otras épocas del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Qué personas cumplen con los requisitos para el período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, es probable que reúna los requisitos para cancelar su afiliación durante el período de inscripción especial. A continuación, presentamos algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Si se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
  - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como una casa de reposo o un hospital de atención a largo plazo.
  - Si se inscribe en el Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).
  - **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.

- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si cumple con los requisitos para el período de inscripción especial, llame 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. Si reúne los requisitos para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
  - Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
  - *O* un plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.

Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos que requieren receta médica: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica para un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2020***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez.

- También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al número de Medicare que figura a continuación.

- Puede comunicarse con **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 puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan

Por lo general, para cancelar su afiliación a nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan al plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, debe solicitar que se cancele su afiliación a nuestro plan. Puede solicitar que se cancele su afiliación de dos maneras:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- *O* puede comunicarse con 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.

Nota: Si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica para un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación explica de qué manera debe cancelar su afiliación al plan.

Si quiere cambiarse 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. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si quiere cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Un plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado. o **Nota:** Si quiere cancelar su afiliación a un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y continuar sin una cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación.** Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). • También puede comunicarse con **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 afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede llevar un tiempo antes de que se cancele su afiliación y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar obteniendo su atención médica y sus medicamentos que requieren receta médica a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** En general, sus medicamentos que

requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, inclusive a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé de alta** (aun cuando se le dé de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan?

Debemos cancelar su afiliación al plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (si va preso).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos que requieren receta médica.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información altera el cumplimiento de los requisitos para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles la atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
  - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante dos meses.

  - Debemos notificarle por escrito que tiene dos meses para pagar la prima del plan antes de cancelar su afiliación.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan, y usted perderá la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación:

- Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado 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 llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. Puede visitar el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso de leyes vigentes** **252**

SECCIÓN 2 **Aviso de no discriminación** **252**

SECCIÓN 3 **Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare** **253**

SECCIÓN 4 **Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Allwell Medicare Select (HMO)** **253**

SECCIÓN 5 **Tarjeta de afiliado** **256**

SECCIÓN 6 **Contratistas independientes** **256**

SECCIÓN 7 **Fraude al plan de atención de salud** **256**

SECCIÓN 8 **Circunstancias que están fuera del control del plan** **257**

SECCIÓN 1 Aviso de leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, se pueden aplicar las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. **No discriminamos** según raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplica por alguna otra razón.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Allwell cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Allwell brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Allwell al 1-855-565-9518 (HMO) (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje.

Si cree que Allwell no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Departamento de Servicios al Afiliado de Allwell está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario. Conforme a las reglamentaciones de los CMS, que figuran en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (por sus siglas en inglés, CFR), nuestro plan, como una organización de Medicare Advantage, tiene los mismos derechos de recuperación que tiene la Secretaría según lo establecido por los CMS en las subsecciones B hasta la D (Título 42, sección 411, del CFR); y las normas establecidas en esa sección superan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Allwell Medicare Select (HMO)

Si se lesiona

Si alguna vez tiene una lesión causada por las acciones de otra persona o por usted mismo (parte responsable), nuestro plan le brindará los beneficios para todos los servicios cubiertos que usted recibe a través de este plan. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a sus lesiones, ya sea a través de un arreglo, un fallo judicial o cualquier otra forma de pago asociada a sus lesiones, nuestro plan o los proveedores tratantes se reservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya brindado a través de este plan, de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Según se usa en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier parte real o potencialmente responsable de efectuar el pago a un afiliado debido a una lesión, enfermedad o afección. La parte responsable incluye la aseguradora de responsabilidad civil de la parte o cualquier cobertura de seguro.

Estos son algunos ejemplos de cómo usted podría lesionarse a través de las acciones de una parte responsable:

- Tiene un accidente automovilístico.
- Se resbala y se cae en una tienda.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas las recuperaciones que usted reciba, que le pague un tercero o que se hagan en su nombre a través de las siguientes fuentes, entre otras:

- Pagos efectuados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre de un tercero.
- Cobertura para conductores no asegurados o subasegurados.
- Protección contra lesiones personales, cobertura de seguro sin culpa o cualquier otra cobertura de primera persona.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o adjudicación o arreglo por discapacidad.
- Cobertura de pagos médicos conforme a cualquier póliza de automóviles, cobertura de seguro de las instalaciones o del hogar, o cobertura suplementaria.
- Cualquier arreglo recibido tras una acción legal o juicio.
- Cualquier fallo judicial recibido tras una acción legal o juicio.
- Gastos médicos realizados debido a una mala praxis.
- Cualquier otro pago de parte de otra fuente recibido como indemnización por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted reconoce que nuestro plan tiene un derecho de primer grado a la subrogación y a recibir el reembolso que corresponda cuando este plan haya pagado beneficios de atención de salud por gastos realizados a causa de las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recuperen o tengan derecho a recuperar cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también (i) otorga a nuestro plan una cesión de su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el plan, y (ii) usted acuerda indicar específicamente a tales terceros o compañías de seguros que reembolsen directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también le otorga a nuestro plan un derecho de retención de primer grado para cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, y todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo

total de los beneficios pagados conforme al plan que estén asociados a lesiones, enfermedades o afecciones causadas por acciones u omisiones de una parte responsable, sin importar si se identificó específicamente como recuperación de gastos médicos y sin importar si usted recibe una indemnización total o completa por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios brindados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo de culpa realizado por el afiliado, ya sea por negligencia comparativa o de otra manera. No se podrán deducir los honorarios del abogado de la recuperación de nuestro plan, y no es necesario que nuestro plan pague o contribuya con el pago de los costos del tribunal o de los honorarios del abogado contratado para presentar el reclamo o un juicio contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si usted se lesiona por causa de una parte responsable, debe cooperar con las iniciativas de nuestro plan o del proveedor tratante para recuperar sus gastos. Estas iniciativas incluyen las siguientes:

- Informar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable o del abogado de esta, si los sabe; el nombre y la dirección de su abogado, si está usando tales servicios; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros relacionada con sus lesiones o reclamos; e incluir una descripción de cómo se produjeron las lesiones.
- Completar cualquier trámite que nuestro plan o el proveedor tratante puedan exigirle razonablemente para ayudarlos a hacer cumplir el derecho de retención del caso.
- Responder las preguntas de nuestro plan sobre el estado del caso o del reclamo y las discusiones para llegar a un acuerdo, lo antes posible.
- Notificar inmediatamente a nuestro plan cuando usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de las partes responsables, de cualquier compañía de seguros o de cualquier otra fuente.
- Pagar la cantidad del derecho de retención de atención de salud de cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo total de los beneficios pagados conforme al plan relacionados con lesiones, enfermedades o afecciones causadas por una parte responsable, independientemente de si se identificó de manera específica como resarcimiento de gastos médicos, y de que usted reciba una indemnización total o completa por su pérdida.
- No hacer nada que pudiera perjudicar los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otras cuestiones, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del arreglo o la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de denegar el derecho de recuperación en primer grado de nuestro plan; y retener en fideicomiso cualquier suma de dinero que usted o su abogado hayan recibido de las partes responsables o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, la cantidad de la recuperación debida del plan tan pronto como usted o su abogado reciban el pago y antes de pagar a otros posibles titulares de derecho de retención o terceras partes que reclamen el derecho de recuperación.

SECCIÓN 5 Tarjeta de afiliado

La tarjeta de afiliado emitida por nuestro plan conforme a esta *Evidencia de Cobertura* tiene fines de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de afiliado no le confiere derechos a servicios u otros beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, el titular de la tarjeta debe cumplir con los requisitos para la cobertura y ser un afiliado según esta *Evidencia de Cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tiene derecho conforme a esta *Evidencia de Cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Al momento de recibir servicios, el afiliado debe presentar su tarjeta de afiliado al plan, no la tarjeta de Medicare. Si necesita que le reemplacen la tarjeta de afiliado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Nota: Se puede cancelar la afiliación con motivo justificado de cualquier afiliado que permita, a sabiendas, el uso indebido o el mal uso de la tarjeta de afiliado. Nuestro plan tiene la obligación de denunciar toda cancelación de la afiliación que resulte del mal uso o uso indebido de la tarjeta de afiliado a la Oficina del Inspector General, lo que puede derivar en una sanción penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan, y ni nuestro plan ni ningún empleado de nuestro plan es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso, nuestro plan será responsable de negligencia, actos ilícitos u omisiones de cualquier médico u otro proveedor de atención de salud participante. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el afiliado. Nuestro plan no es un proveedor de atención de salud.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede llevarse a juicio. Cualquier persona que deliberadamente y a sabiendas se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud, mediante la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al seguro.

Si tiene inquietudes con respecto a cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de *Explicación de Beneficios*, o si sabe o sospecha que existe alguna actividad ilegal, llame a la línea directa para denunciar fraudes de nuestro plan, de manera gratuita, al 1-866-685-8664. La línea directa para denunciar fraudes atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias que están fuera del control del plan

En la medida en que un desastre natural, una guerra, una serie de disturbios, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción parcial o completa de instalaciones, una explosión atómica o cualquier otra forma de liberación de energía nuclear, una discapacidad de personal importante del grupo médico o un acontecimiento similar, ajenos al control de nuestro plan, ocasionen que los centros o el personal de nuestro plan no se encuentren disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, la obligación del plan de proporcionar tales servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo, de buena fe, para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad de sus centros o su personal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta cuando está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud o medicamentos que requieren receta médica, o el pago de los servicios o los medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nosotros no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su afiliación si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeros registrados.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro *Formulario*. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan 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 los costos del programa de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: un ayudante para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no requieren la capacitación de personal de enfermería o terapeutas con licencia, tal como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cancelar o **cancelación de la afiliación:** el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Centro de cuidado de enfermos terminales: un afiliado que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidado de enfermos terminales en su área geográfica. Si usted elige un centro de cuidado de enfermos terminales y continúa pagando las primas, todavía está afiliado a nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidado de enfermos terminales le brindará un tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF): un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y del habla, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos para los pacientes ambulatorios que no necesitan internación y cuya estadía en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica: la cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Por lo general, cuando las personas que tienen este tipo de cobertura empiezan a cumplir con los requisitos para Medicare, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Copago: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento que requiere receta médica. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar $10 o $20 por una visita al médico o un medicamento que requiere receta médica.

Coseguro: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos que requieren receta médica. El coseguro es, generalmente, un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: costo compartido se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen una combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier monto de deducible que un plan puede imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos de desembolso: consulte la definición de "costo compartido" que aparece anteriormente. El requisito de costo compartido del afiliado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos "de desembolso" del afiliado.

Cuidado asistencial: es la atención personal proporcionada en casas de reposo, centros de cuidado de enfermos terminales u otras instalaciones, cuando no son necesarias la atención médica o la atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial comprende la atención personal proporcionada por personas que no cuentan con capacitación profesional. Por ejemplo, ayudar en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, sentarse o levantarse de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir un tipo de atención relacionada con la salud de la que la mayoría de las personas puede ocuparse sin ayuda, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: monto que usted debe pagar por la atención de salud o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que la receta médica no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este cuadernillo. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este cuadernillo. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): determinado equipo médico que su médico le indica para uso en el hogar por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted, u otra parte calificada en su nombre, haya gastado $6,350 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de la cual sus costos totales de medicamentos, incluido el monto que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre durante el año, han alcanzado los $4,020.

***Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, *EOC*) y *Divulgación de Información*:** este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite a usted obtener un medicamento que no está en el *Formulario* del patrocinador del plan (una excepción al *Formulario*) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción al *Formulario*).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan. Como afiliado a nuestro plan, usted solo debe pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo o cualquier otro cargo que supere el monto de costo compartido que el plan establece que usted debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia donde los afiliados a nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Tal como se explicó en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospitalización: una internación en la que usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado "paciente ambulatorio".

Indicación médicamente aceptada: el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

Ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura durante la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

***Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Formulario* o *Lista de Medicamentos*):** una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Ayuda Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica, que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) por contener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecerle o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su *Formulario* para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos que requieren receta médica. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. A través de Medicare, se paga la parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Monto de ajuste mensual por ingresos (por sus siglas en inglés, IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se indica en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, superan un monto determinado, usted pagará el monto estándar de la prima y monto de ajuste mensual por ingresos. Este monto es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare están afectadas; por lo tanto, la mayoría de la gente no paga una prima más alta.

Monto de desembolso máximo: el monto máximo de desembolso que usted paga durante el año calendario por los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener información sobre su monto de desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se agrega a su prima mensual para cobertura de medicamentos de Medicare si usted no tiene cobertura acreditable (la cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) para un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto, siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos que requieren receta médica, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica como la "Parte D").

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un lapso fijo todos los años en el que los afiliados al plan Medicare Advantage pueden cancelar la afiliación a su plan y cambiarse a Medicare Original o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El período de inscripción abierta se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo de 2020.

Período de inscripción anual: un período fijo en otoño en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o pueden cambiarse a Medicare Original. El período de inscripción anual se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un período fijo en el que los afiliados pueden cambiar su plan de medicamentos o de salud, o pueden volver a Medicare Original. Las situaciones por las que puede estar autorizado a un período de inscripción especial incluyen, por ejemplo, el hecho de que se mude fuera del área de servicio, reciba Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos que requieren receta médica, se mude a una casa de reposo o nosotros infrinjamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando reúne los requisitos para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años. Esto incluye el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después de dicho mes.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención de salud orientada a grupos de personas específicos, tales como los que tienen Medicare y Medicaid, viven en una casa de reposo o tienen determinadas enfermedades crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programas Integrales de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).

Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA): a veces llamado Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan privado de pago por servicio o un plan con una cuenta de ahorros médicos de Medicare. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagados conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos que requieren receta médica). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos que requieren receta médica**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B cumplen con los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare disponible en su área, a excepción de las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios sociales, médicos y de atención a largo plazo para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a una casa de reposo) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y los de Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para completar las "brechas" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: pago periódico que se realiza a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica.

Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados a la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha de cobertura y que aún no estén recibiendo la Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por tal motivo, la mayor parte de los medicamentos de marca, pero no todos, reciben un descuento.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar por la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Los denominamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para los afiliados a nuestro plan. Con nuestro plan, se paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tengan, o si éstos aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro con los que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni son administrados por nuestro plan, así como tampoco son de propiedad de este, o no tienen contrato para prestar servicios cubiertos para usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este cuadernillo.

Queja: el nombre completo para "presentar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también la definición de "queja formal" en esta lista.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o una farmacia, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención de salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapias del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios requeridos de urgencia: los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento.

Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS): consulte Ayuda Adicional.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa de despacho cubre los costos, como el tiempo que el farmacéutico demora en preparar y empacar el medicamento que requiere receta médica.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario será de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte una receta médica.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Departamento de Servicios al Afiliado de Allwell Medicare Select (HMO)

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-855-565-9518 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Allwell P.O. Box 25438 Little Rock, AR 72221
SITIO WEB	allwell.arhealthwellness.com

Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP de Arkansas)

El Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, SHIIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Forma de comunicación	Programa de Información sobre el Seguro de Salud para la Tercera Edad (SHIP de Arkansas): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-224-6330
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Arkansas Insurance Department 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904
SITIO WEB	https://www.insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/

Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites: *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, OMB). El número de control de la OMB válido para la recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*