2022 Evidencia de Cobertura

Aspire Health **VALUE (HMO)**

ASPIRE HEALTH PLAN

en colaboración con

MONTAGE Health

Salinas Valley Memorial Healthcare System

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Aspire Health Plan (HMO) válido desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.
H8764_MKT.003.EOC_0821_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de *Aspire Health Value (HMO)*

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *Aspire Health Value*, es ofrecido por *Aspire Health Plan*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a *Aspire Health Plan*. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a *Aspire Health Value*).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición, de forma gratuita. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al (855) 570-1600. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados).

Este documento también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, en tamaño de letra grande).

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

H8764_MKT.003.EOC_0821_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

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

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (*Aspire Health Value*) y con otras organizaciones, incluidos Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 45

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 63

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 146

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para

determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 174

Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 195

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 203

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 215

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 277

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 287

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 291

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *Aspire Health Value* 9
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 9
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos 9
Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* 11
Sección 3.4 *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *Aspire Health Value* 12
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 16

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

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 17
Sección 7.1 Existen muchas formas de pagar la prima del plan 18
Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 21
Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 22
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 22

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *Aspire Health Value*, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos con receta a través de nuestro plan, *Aspire Health Value*.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. *Aspire Health Value* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura, según este plan, califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos con receta cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de *Aspire Health Value*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Aspire Health Value* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción,

la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en *Aspire Health Value* entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Aspire Health Value* después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Aspire Health Value* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.

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

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *Aspire Health Value*

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

Nuestra área de servicio incluye este condado de *California: Condado de Monterey*

93426; 93450; 93901; 93902; 93905; 93906; 93907; 93908; 93912; 93915; 93920; 93921; 93922; 93923; 93924; 93925; 93926; 93927; 93928; 93930; 93932; 93933; 93940; 93942; 93943; 93944; 93950; 93953; 93954; 93955; 93960; 93962; 95004; 95012; 95039; 93451; 95076

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Aspire Health Value* si no es elegible para seguir siendo miembro, según este requisito. *Aspire Health Value* debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor,

si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de *Aspire Health Value,* es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de su tarjeta de miembro de *Aspire Health Value,* es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

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

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org.**

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Aspire Health Value* autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos)* para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia y sobre la cobertura fuera de la red y fuera del área.

¿Qué son las "farmacias de la red"?

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

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org.** También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). En Servicios para los miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en **www.aspirehealthplan.org**, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Aspire Health Value*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de *Aspire Health Value*.

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**www.aspirehealthplan.org**) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó usted, que gastaron otros en su nombre y que gastamos nosotros en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total pagada por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en el que se usó el beneficio de la Parte D. En la EOB de la Parte D, se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes la soliciten. Para obtener una copia, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *Aspire Health Value*

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de *Aspire Health Value* es de $52.00. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser <u>menor</u>

El programa de "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no aplicarse en su caso**. Le enviamos un inserto separado que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Para 2022, la prima mensual de Beneficios ampliados, Opción A para *Aspire Health Value* es de $44.90 y la prima mensual de Beneficios ampliados, Opción B para *Aspire Health Value* es de $49.90.
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se afiliaron al plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura "acreditable" para medicamentos con receta. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D, en el caso de que 2 años atrás hayan manifestado un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA

tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se añadirá a la prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, 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 deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. ("Cobertura acreditable de medicamentos con receta" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. (A los miembros que deseen pagar sus primas cada tres meses se les agregará la multa a su prima trimestral). Cuando se inscribe por primera vez en *Aspire Health Value,* le informamos el monto de la multa.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de nuestra prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

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

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima es de $33.37.

- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $33.37, lo que equivale a $4.6718. Esto se redondea en $4.70. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes para tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se recalculará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

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

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto "**cobertura acreditable para medicamentos**". Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se afilia, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que

su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura "acreditable" para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.

- Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
- Para obtener más información sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes afiliarse a nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo suela pagar su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al Gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

El monto adicional se paga directamente al Gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D, según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada "2022 Medicare Costs" (Costos de Medicare de 2022). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen muchas formas de pagar la prima del plan

Existen cuatro formas de pagar la prima del plan.

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede pagar su prima con cheque o giro bancario. Puede elegir si desea realizar los pagos de manera mensual, trimestral o anual. Si elige pagar de manera trimestral o anual, el pago completo debe recibirse al principio de cada trimestre o año de cobertura. Los pagos por cheque o giro postal deben hacerse a nombre de Aspire Health Plan y enviarse a: P.O. Box 511279, Los Angeles, CA 90051-7834.

Los pagos deben realizarse antes del día 1 del mes. Si su cheque se devuelve por falta de fondos, se le cobrará una tarifa de $25.00.

Puede elegir que le enviemos una factura mensual para sus pagos. La factura se enviará por correo a más tardar el día 10 del mes anterior a la fecha de vencimiento del pago. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo recibir una factura mensual. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Opción 2: Puede pagar mediante una deducción automática de su cuenta bancaria

Puede hacer que su prima se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o de ahorro mediante una transferencia electrónica de fondos (electronic funds transfer, EFT) con carácter mensual. Si su pago se devuelve por falta de fondos, se le cobrará una tarifa de $25.00.

Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima una mediante transferencia electrónica de fondos. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede elegir esta opción si el total de la prima mensual del plan es inferior a $300.00. La Administración del Seguro Social solo deduce las primas del plan inferiores a $300.00.

Opción 4: Puede pagar con tarjeta de débito o de crédito

Puede pedir que la prima del plan se cobre de su tarjeta de débito o de crédito. Si su pago se devuelve por falta de fondos, se le cobrará una tarifa de $25.00. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima de esta manera. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe llegar a nuestra oficina antes del día 1. Si no recibimos el pago de su prima antes del día 7, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía al plan finalizará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 90 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros para que le recomendemos programas que lo ayudarán a pagar la prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare le brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan porque no pagó su prima del plan, posiblemente, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare, tendrá la opción de afiliarse a un plan de medicamentos con receta independiente o a un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos "acreditable", tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos continúe debiendo las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de las primas que usted adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía se canceló por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si se le presentó una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 855-570-1600 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido el proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviemos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre

cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador principal dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador

tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos 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 luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) 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 *Aspire Health Value*** (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan) **26**

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

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **36**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **37**

SECCIÓN 6 **Medi-Cal (Medicaid)** (un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **38**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta** **39**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **42**

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

SECCIÓN 1 Contactos de *Aspire Health Value* (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *Aspire Health Value*. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos 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, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). 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, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Value* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta, según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (888) 495-3160 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta es una línea que atiende las 24 horas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta es una línea que atiende las 24 horas.
FAX	(858) 790-7100
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems Attn: Prior Authorization 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	**www.medimpact.com**

Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

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

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (888) 495-3160 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta es una línea que atiende las 24 horas.

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta es una línea que atiende las 24 horas.
FAX	(858) 790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems Attn: Appeals and Grievances 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	**www.medimpact.com**

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Value* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan P.O. Box 5490 Salem, OR 97304
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o 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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *Aspire Health Value:* • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Value* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa del Gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud del Departamento de la Tercera Edad de California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en **"Basics"** (Información básica) en el menú superior derecho.
- En el menú desplegable, haga clic en **"Talk to someone"** (Hablar con alguien).
- Ahora, tendrá varias opciones.
    - Opción n.º 1: Puede **chatear en vivo**.
    - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "**TOPICS**" (TEMAS) en el menú en la parte inferior.
    - Opción n.º 3: Puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Se abrirá una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP
LLAME AL	Local: (831) 655-1334 Llamada gratuita: (800) 434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Alliance On Aging, Inc. 247 Main Street Salinas, CA 93901
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

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

En cada estado, hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el Gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta, la Organización para la mejora de la calidad de California
LLAME AL	Llamada gratuita: (877) 588-1123
TTY	Llamada gratuita: (855) 887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/en/states/california

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)
(un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de California (Medi-Cal).

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de California (Medi-Cal): Información de contacto
LLAME AL	1-916-552-9200
ESCRIBA A	P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática y no tienen que presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática.

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan estableció un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si cree que tiene derecho a una ayuda adicional para pagar los gastos de los medicamentos con receta, pero no tiene o no puede encontrar pruebas, póngase en contacto con Servicios para los miembros al (855) 570-1600 (gratuito). Los

usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda. Trabajaremos con usted para actualizar el estado de su programa de Ayuda adicional en función de las mejores pruebas disponibles. Por ejemplo, puede proporcionarnos una prueba de la situación de Medicaid, que puede demostrar que tiene derecho a recibir la Ayuda adicional. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre los medios de prueba aceptables.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el Estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al Estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta, y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga, que lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de obtener descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la oficina del ADAP del condado de Monterey, situada en 340 Church Street, Salinas, CA 93901. Llame a la oficina del ADAP al 831-975-5016 para obtener más información. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos, presentar un comprobante de residencia en el estado y de estado de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción local del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Llame a la oficina del ADAP al 831-975-5016 para obtener más información.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a para hablar con un representante del servicio al 831-975-5016 o visite www.asn.org/.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento 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 aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y estén actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 47

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

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 47

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 48

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 48

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? 50

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 50

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red..... 51

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 52

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica 52

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 53

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre..... 54

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos..... 55

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

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los 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 participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 57

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 58

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 58

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 59

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 59

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 60

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 60

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 60

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare? 61

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para comprender cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

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

Aspire Health Value cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Deba recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. ***En estas situaciones no urgentes o que no son de emergencia, se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención fuera de la red.*** En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá la atención rutinaria o básica de su PCP. Su PCP también le

ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención por parte de médicos especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye comprobar o consultar con otros proveedores del plan sobre atención y cómo avanza. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. La Sección 6 le indica cómo vamos a proteger la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal.

Muchos tipos de proveedores pueden ser PCP, incluidos los siguientes:

- Médicos de familia
- Médicos generales
- Médicos de medicina interna o internistas, que tratan a personas mayores de 18 años

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP. Puede encontrar los PCP disponibles en el *Directorio de proveedores y farmacias* o puede llamar a Servicios para los miembros para consultar los PCP disponibles.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Para obtener ayuda para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Cuando llame, Servicios para los miembros comprobará que el PCP al que quiere cambiar está en la red del plan y acepte nuevos pacientes. Servicios para los miembros cambiará su registro de afiliación para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y le indicará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP (en general, el primer día del mes siguiente). También se le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Nuestro plan no requiere que usted obtenga una derivación para ver a un especialista; sin embargo, algunos especialistas requerirán una derivación de su PCP antes de su visita. Siempre debe consultar a su PCP antes de acudir a un especialista para que lo ayude a coordinar su atención. Los servicios médicos solicitados por el PCP o el especialista pueden requerir una autorización previa del plan. Por lo general, su PCP o especialista solicitará al plan cualquier autorización previa que sea necesaria. Sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de que se ha concedido la autorización previa antes de

someterse a cualquier servicio o procedimiento médico. Para determinar qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan pero, si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Para obtener asistencia general o para solicitar o verificar que los servicios que desea recibir de un proveedor fuera de la red hayan sido autorizados, puede llamar a Servicios para los miembros (los números figuran en la contraportada de este folleto).

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

Para acceder a proveedores fuera de la red, debe tener una autorización previa de Aspire Health Plan. Si recibe atención no urgente de proveedores que no pertenecen al plan (fuera de la red) sin autorización previa, deberá pagar el costo total, a menos que los servicios sean de emergencia, sean urgentes y nuestra red no esté disponible o los servicios sean de diálisis fuera del área.

Puede haber ocasiones en las que necesite un servicio especializado que no esté disponible en la red. En esas circunstancias, puede solicitar que cubramos sus servicios a través de un proveedor fuera de la red.

Usted es responsable de solicitar la autorización de un proveedor fuera de la red o de verificar que la atención de un proveedor fuera de la red haya sido autorizada. Los servicios recibidos de proveedores fuera de la red que no estén autorizados no serán pagados por este plan, excepto en el caso de atención de emergencia, atención de urgencia o diálisis renal fuera del área.

Para solicitar o verificar que los servicios que desea recibir de un proveedor fuera de la red hayan sido autorizados, puede llamar a Servicios para los miembros (los números figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene una emergencia, llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la Sala de Emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario obtener la aprobación previa de Aspire Health Plan.

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura por servicios de urgencia que usted cree que deberíamos pagar, póngase en contacto con Servicios para los miembros o envíenos la factura para que la paguemos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, en un plazo de 48 horas. El número de teléfono del plan se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la Sala de Emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su estado siga estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden prestarlos proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Puede ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria para que le dé instrucciones y le aconseje sobre los cuidados que necesita de manera urgente. Todos los proveedores de la red figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*, pueden encontrarse en nuestra página web, en **www.aspirehealthplan.org**, y pueden verificarse llamando a Servicios para los miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia y emergencia médicamente necesarios que reciba en un crucero en estas situaciones:

- El médico esté autorizado por ciertas leyes a prestar servicios médicos en el crucero.
- El barco esté en un puerto de los EE. UU. o a no más de 6 horas de distancia de un puerto de los EE. UU. cuando recibe los servicios, independientemente de que sea una emergencia.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia y de atención urgente que reciba cuando el barco esté a más de 6 horas de un puerto de los EE. UU.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **www.aspirehealthplan.org** para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la

red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar 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 recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Aspire Health Value cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite de su beneficio, los costos que pague por ese beneficio no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los miembros cuando quiera saber qué cantidad de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los 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 un "ensayo clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:*
> Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.

- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y Pruebas Clínicas) que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Usted puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médicos "no exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médicos "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - Debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Aspire Health Value,* usted, generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo mientras era miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

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

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, *Aspire Health Value* cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona *Aspire Health Value* o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro por fecha de servicio.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en *Aspire Health Value.*

Si antes de inscribirse en *Aspire Health Value* había realizado el pago de 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en *Aspire Health Value* es del 20% de coseguro.

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

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada 5 años. Por ejemplo, si había pagado el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de afiliarse a *Aspire Health Value*, se afilia a *Aspire Health Value* durante 12 meses y, luego, vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en *Aspire Health Value* y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 64

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 64

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 64

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 65

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 66

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 66

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar 108

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 140

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 140

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *Aspire Health Value*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra 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 Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios para los miembros.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de *Aspire Health Value*, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es de $7,550. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por

sus primas del plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco [*] en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $7,550, no deberá pagar costos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de *Aspire Health Value*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (en la que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces, usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces, usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del 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 tiene una remisión).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del 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 tiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios que cubre *Aspire Health Value* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar 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 (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en ***negrita y cursiva***.
- Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* [Medicare y Usted 2022]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE

[1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple con determinados criterios, puede ser elegible para recibir Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI):
    - Cáncer
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Diabetes
    - Enfermedad renal terminal (ESRD)
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
    - Trastornos neurológicos

  El Plan puede inscribir a un miembro que:
    - Padezca una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que conlleven riesgo de muerte o que limiten de manera significativa la salud o la capacidad funcional general de la persona inscrita.
    - Corra un alto riesgo de requerir hospitalización o de sufrir otras consecuencias de salud negativas.
    - Requiera la coordinación de cuidados intensivos.

  El Plan exige a todos los miembros que reúnen los requisitos para los SSBCI que participen en el programa de gestión de la atención del Plan. Los miembros que cumplan con los requisitos de elegibilidad para los SSBCI pueden autorremitirse; o bien, se los identificará a través de intervenciones de gestión médica y del uso de análisis predictivos. El equipo de gestión de la atención es responsable de garantizar que el miembro cumpla con los criterios de participación en los SSBCI y documentará las determinaciones sobre la elegibilidad de la persona inscrita para los SSBCI en función de la definición indicada anteriormente. Los criterios de participación pueden incluir los determinantes sociales de la salud como factor para ayudar a identificar a las personas inscritas que tengan enfermedades crónicas cuya salud se podría mejorar o mantener con los SSBCI. El Plan puede utilizar los determinantes sociales para limitar aún más la elegibilidad para los SSBCI. Cuando se decida ofrecer artículos y servicios específicos como SSBCI, el equipo de Gestión de la atención del Plan proporcionará artículos o servicios si existe una

expectativa razonable de mejorar o mantener la salud o la capacidad funcional general del miembro con la enfermedad crónica.

- Para obtener más detalles, observe la fila "Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas" en la Tabla de beneficios médicos de más abajo.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visita de acupuntura (hasta 4 visitas al año)	Usted paga $20 de copago por cada visita*.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo.	Usted paga un copago de $0 por cada visita cubierta por Medicare para el dolor crónico en la parte baja de la espalda.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos para proveedores: Los médicos (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero profesional/especialista en enfermería clínica (NP/CNS), tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. **El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.**	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga un copago de $300 para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida en transporte terrestre. Usted paga un coseguro del 20% para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida en transporte aéreo. El copago o coseguro de la ambulancia quedará exento si se ingresa o se pasa a observación en las 24 horas siguientes.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y de salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una derivación médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $25 de copago por cada visita de servicio de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Visitas rutinarias al quiropráctico (hasta 4 visitas al año): se limitan a la manipulación manual de la columna vertebral que es de apoyo, no correctiva. Esto suele denominarse “terapia de mantenimiento” o “atención de mantenimiento”. Los servicios quiroprácticos de rutina se limitan a los siguientes códigos: 98940, 98941 o 98942.	Usted paga $10 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. Usted paga $20 de copago por cada visita quiropráctica de rutina hasta 4 visitas al año*.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de quiropráctica (continuación) **Nota:** No cubrimos resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas, ecografías, compresas calientes/frías, controles de la presión arterial, equipos médicos duraderos, recetas, acupuntura, suplementos dietarios, visitas al consultorio/exámenes, terapias físicas, aparatos ortopédicos de apoyo, asesoramiento o educación, pruebas de laboratorio u otras pruebas diagnósticas, masajes, almohadas de apoyo ni radiografías cuando los proporciona u ordena un quiropráctico.	
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, se cubren los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	No hay copago para los cubiertos por Medicare: -Formación para el autocontrol de la diabetes -Suministros para el control de la diabetes -Zapatos terapéutico o plantillas Los suministros para el control de la diabetes se limitan a Abbott Diabetes Care, el fabricante de los productos de la marca FreeStyle y Precision.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org**.	***Se requiere autorización previa para los equipos médicos duraderos que cuestan más de $500.*** Usted paga el 20% del costo de cada equipo médico duradero cubierto por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.	Usted paga $90 de copago por cada visita a la Sala de Emergencias cubierta por Medicare. El copago de la emergencia quedará exento si se ingresa o se pasa a observación en las 24 horas siguientes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación) ***No está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios.*** Nuestro plan puede cubrir la atención de urgencia médicamente necesaria que reciba en un crucero en estas situaciones: • El médico esté autorizado por ciertas leyes a prestar servicios médicos en el crucero. • El barco esté en un puerto de los EE. UU. o a no más de 6 horas de distancia de un puerto de los EE. UU. cuando recibe los servicios, independientemente de que sea una emergencia. Nuestro plan no cubre los servicios de atención de emergencia que reciba cuando el barco esté a más de 6 horas de un puerto de los EE. UU.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O debe recibir atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de preparación física Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit® Con el programa Silver&Fit, los miembros obtienen todo lo siguiente a bajo costo: • Una membresía a un gimnasio: Puede acudir a un gimnasio de Silver&Fit o a un gimnasio^ que le quede cerca y que participe en el programa. • El programa de preparación física en casa: Puede elegir entre una variedad de kits para ejercitarse en el hogar si no puede ir a un gimnasio o quiere hacer ejercicio en casa. Puede obtener hasta dos (2) kits para ejercitarse en el hogar (Home Fitness Kit) cada año de beneficios. Los miembros de Silver&Fit también pueden acceder a clases de bajo impacto de Silver&Fit (cuando estén disponibles), a más de 8,000 videos de entrenamiento digital en el sitio web de Silver&Fit y a través de la aplicación móvil Silver&Fit ASHConnect™, a clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD), a un boletín trimestral y a herramientas web; y pueden unirse a las clases de entrenamiento diarias en Facebook Live y en el canal de YouTube de Silver&Fit.	**Dentro de la red:** Usted paga una cuota anual de $50 por el acceso al gimnasio o una cuota anual de $10 por dos (2) kits para ejercitarse en el hogar (Home Fitness Kit)*. La cuota de $10 del kit para ejercitarse en el hogar no se aplica si ya pagó la cuota anual de la membresía de $50 a un gimnasio participante durante el mismo año.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficio de preparación física (continuación) ^ Los servicios no estándar que exigen una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. El Programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y ASHConnect son marcas comerciales de ASH y se utilizan con permiso en este documento. Otros nombres y logotipos pueden ser marcas comerciales de sus respectivos propietarios. Los gimnasios participantes pueden variar, según la ubicación, y los kits están sujetos a cambios.	
Programas educativos sobre salud y bienestar El programa entrenamiento de salud (Health Coaching) permite a los miembros participar a su conveniencia en un programa educativo significativo e incluye programas centrados en la prediabetes, el cuidado de la espalda y el control del peso, además de la diabetes, la hiperlipidemia, la hipertensión y las enfermedades coronarias. La educación está a cargo de profesionales de la salud certificados con conocimientos en el manejo de enfermedades crónicas. Los entrenadores de salud trabajan para desarrollar estrategias de cambio de comportamiento y planes de acción de autogestión con un seguimiento basado en el nivel de riesgo. Los participantes reciben material impreso, acceso a videos y recursos comunitarios, e información sobre los programas y servicios pertinentes.	Usted no paga nada por el programa de entrenamiento de salud. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga $45 de copago por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted no paga nada por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
Tratamiento de infusión a domicilio El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).	Usted paga $50 de copago por cada servicio de tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento de infusión a domicilio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo, según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	
Atención en un hospicio Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare y no *Aspire Health Value*. Debe recibir atención de un hospicio certificado por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por *Aspire Health Value,* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *Aspire Health Value* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los copagos de los beneficios hospitalarios y los centros de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) son en función de los períodos de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente internado y finaliza luego de que no haya recibido ningún tipo de atención en régimen de internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Por cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1-6: $335 de copago por día Días 7-90: $0 de copago por día Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si *Aspire Health Value* presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente internado o externo? Si tiene Medicare: ¡pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Visita de hospitalización: Nuestro plan cubre hasta 190 días de hospitalización para la atención de salud mental en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria no se aplica a los servicios de hospitalización para servicios de salud mental en un hospital general. Los copagos de los beneficios hospitalarios y los centros de atención de enfermería especializada (SNF) son en función de los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que se lo hospitaliza y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Por cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1-5: $335 de copago por día Días 6-90: $0 de copago por día

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los odontológicos) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $15 de copago por cada visita al PCP cubierta por Medicare. Usted paga $45 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare. Usted paga $25 de copago por cada visita de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional para los servicios cubiertos por Medicare. Usted paga $20 de copago por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga $90 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico general cubierto por Medicare, incluidas las ecografías. Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	Pagará $250 de copago por cada servicio de radiología diagnóstica compleja cubierto por Medicare (resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear y angiografía). Usted paga el 20% del costo de cada dispositivo protésico u ortésico cubierto por Medicare. ***Se requiere autorización previa para prótesis/suministros médicos que cuestan más de $500.***
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si debe continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $50 de copago por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted paga el 20% del costo de cada tratamiento ambulatorio de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare por día.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta cubiertos. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un programa de tratamiento para el consumo de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $50 de copago por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. También cubrimos algunos medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opiáceos aprobados por la FDA en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Usted paga $35 de copago por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare. Usted paga $35 de copago por cada visita de asesoramiento por abuso de sustancias cubierta por Medicare. Usted paga $20 de copago por cada examen toxicológico cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $20 de copago por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga $90 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico general cubierto por Medicare, incluidas las ecografías. Pagará $250 de copago por cada servicio de radiología diagnóstica compleja cubierto por Medicare (resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear y angiografía). Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente internado o externo? Si tiene Medicare: ¡pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Usted paga $335 de copago por hospitalización para los servicios de observación cubiertos por Medicare en los centros cubiertos por Medicare y en los centros quirúrgicos ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y 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 externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $80 de copago por cada servicio de cuidado de heridas cubierto por Medicare en los centros hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios de la red. Usted paga $300 de copago por fecha de servicio para otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga $335 de copago por hospitalización para los servicios de observación cubiertos por Medicare en los centros cubiertos por Medicare y en los centros quirúrgicos ambulatorios. Usted paga $50 de copago por todos los demás servicios ambulatorios cubiertos por Medicare, incluida la terapia intravenosa ambulatoria y los servicios de transfusión. Usted paga $90 de copago por cada visita a una Sala de Emergencias cubierta por Medicare. El copago de la emergencia quedará exento si al paciente se lo ingresa o pasa a observación en las 24 horas siguientes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente internado o externo? Si tiene Medicare: ¡pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Usted paga $20 de copago por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga $90 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico general cubierto por Medicare, incluidas las ecografías. Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare. Pagará $250 de copago por cada servicio de radiología diagnóstica compleja cubierto por Medicare (resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear y angiografía). Se aplicará el copago o el coseguro al servicio. Ningún servicio supondrá tanto un copago como un coseguro.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado, según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Usted paga $35 de copago por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como Departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $25 de copago por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Los servicios cubiertos pueden incluir el tratamiento para la intervención de crisis, la evaluación a corto plazo y la rehabilitación por abuso de sustancias. Las visitas pueden incluir consultas de salud mental, manejo de la medicación y pruebas psicológicas.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $35 de copago por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $80 de copago por cada servicio de cuidado de heridas cubierto por Medicare en los centros ambulatorios de la red de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga $300 de copago por fecha de servicio para otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga $335 de copago por hospitalización para los servicios de observación en los centros cubiertos por Medicare y en los centros quirúrgicos ambulatorios. Usted paga $50 de copago por todos los demás servicios ambulatorios cubiertos por Medicare, incluida la terapia intravenosa ambulatoria y los servicios de transfusión.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga $45 de copago por los servicios cubiertos por Medicare por día.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, Departamento para Pacientes Externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP *O* especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ictus, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y** o El control no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.	Usted paga $15 de copago por cada visita presencial al médico de atención primaria. Usted paga $45 de copago por cada visita al especialista en persona. Usted paga $45 de copago por cada visita presencial a la Sala de Emergencias cubierta por Medicare. Usted no paga nada por cada visita al médico de atención primaria realizada a través de telesalud. Usted no paga nada por cada visita al médico especialista realizada a través de telesalud. Usted no paga nada por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare que se preste a través de telesalud.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y** o La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico).	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Usted paga $45 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección).	***Se requiere autorización previa para los dispositivos* protésicos/*suministros médicos que cuesten más de $500.*** Usted paga el 20% del costo de cada dispositivo protésico cubierto por Medicare. Usted paga el 20% del costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted paga $25 de copago por cada visita a un servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	Usted no paga nada por la diálisis renal cubierta por Medicare. Usted no paga nada por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada". En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse "SNF"). *Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios en un centro de atención de enfermería especializada. Nuestro plan no exige una hospitalización que reúna los requisitos antes de la admisión en un SNF.* El período de beneficios comienza el día en que se lo admite como paciente internado y finaliza luego de que no haya recibido ningún tipo de atención en régimen de internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Días 1-20: $0 de copago por día Días 21-100: $184 de copago por día

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI) Los miembros pueden calificar para los siguientes beneficios, si cumplen con los criterios de participación: **Transporte:** Citas médicamente necesarias y transporte dentro de la red para obtener artículos y servicios no médicos relacionados con la enfermedad crónica. Para coordinar el transporte, el miembro o el proveedor del miembro se pondrá en contacto con el Plan para darle un aviso con, al menos, 3 días hábiles de antelación. **Comidas:** En sociedad con Mom's Meals NourishCare, se puede coordinar y proporcionar comidas más allá de una base limitada a los miembros para mejorar la salud general. **Alimentos y productos agrícolas:** Alimentos y productos agrícolas para ayudar a los miembros con enfermedades crónicas a satisfacer sus necesidades nutricionales. Los artículos pueden incluir productos agrícolas, y alimentos congelados y enlatados. El tabaco y el alcohol no están permitidos. **Equipos y servicios de calidad del aire interior:** Entrega e instalación de equipos y servicios para mejorar la calidad del aire interior, como unidades de aire acondicionado temporales o portátiles, humidificadores, deshumidificadores, filtros de partículas en el aire de alta eficiencia o limpieza de alfombras. En el caso de que un miembro ya tenga un equipo de calidad del aire interior que no funcione, el Plan puede coordinar el mantenimiento del equipo como parte de los beneficios SSBCI.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cómo acceder a estos beneficios SSBCI. Se requiere la participación en el programa de gestión de la atención del Plan. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación) **Beneficios de necesidades sociales:** Acceso a programas y eventos comunitarios o patrocinados por el plan para abordar las necesidades sociales de las personas inscritas, como membresías para clubes no deportivos, clubes comunitarios o sociales, pases para parques y acceso a la atención de acompañantes; o programas o eventos para abordar el aislamiento de las personas inscritas y mejorar la función emocional o cognitiva. **Ayudas generales para vivir:** Acceso a ayudas generales para vivir, como el alojamiento para las personas inscritas con enfermedades crónicas, si el beneficio tiene una expectativa razonable de mejorar o mantener la salud o la capacidad funcional general del miembro.	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.	Usted no paga nada por cada visita de Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Transporte Los servicios de transporte de rutina están cubiertos hasta seis (6) viajes de ida por año calendario a citas de rutina dentro de la red. **Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte de rutina deben programarse con, al menos, tres (3) días hábiles de antelación a los servicios necesarios. Para coordinar el transporte, póngase en contacto con el plan.**	***Se aplican las normas de autorización previa*** Usted no paga nada por los servicios cubiertos. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cómo utilizar este servicio.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden prestarlos proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios necesarios de urgencia que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.	Usted paga $45 de copago por cada servicio presencial cubierto por Medicare. El copago de la atención urgente no se aplicará si ingresa o pasa a observación en las 24 horas siguientes. Usted no paga nada por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare que se preste a través de telesalud.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) ***No está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios.*** Nuestro plan puede cubrir los servicios de urgencia médicamente necesarios que reciba en un crucero en estas situaciones: • El médico esté autorizado por ciertas leyes a prestar servicios médicos en el crucero. • El barco esté en un puerto de los EE. UU. o a no más de 6 horas de distancia de un puerto de los EE. UU. cuando recibe los servicios, independientemente de que sea una emergencia. Nuestro plan no cubre los servicios de urgencia que reciba cuando el barco esté a más de 6 horas de un puerto de los EE. UU.	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Usted paga $45 de copago por cada examen cubierto por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de afecciones oculares (incluida la revisión anual de glaucoma). Usted no paga nada por anteojos o lentes de contacto estándar médicamente necesarios después de una cirugía de cataratas ***(se requiere autorización previa)***.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan "**Beneficios complementarios opcionales**". Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse y, además, es posible que tenga que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelación que cualquier otro beneficio.

1. Proceso de solicitud, fecha de entrada en vigencia, primas

- En el momento de la inscripción, tiene la posibilidad de añadir los Beneficios ampliados, Opción A o los Beneficios ampliados, Opción B al plan en el que se inscribe. Si selecciona la Opción A de los Beneficios ampliados, deberá pagar una prima adicional de $44.90 al mes. Si selecciona la Opción B de los Beneficios ampliados, deberá pagar una prima adicional de $49.90 al mes. Esto se suma a la prima mensual del plan de *Aspire Health Value (HMO)*.
- Dispondrá de un período de gracia de noventa (90) días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción al plan de Medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) para añadir los Beneficios ampliados. Una vez finalizado el período de gracia, no podrá elegir los Beneficios ampliados hasta el siguiente período de inscripción anual.
- Tras la inscripción inicial y el período de gracia, podrá añadir los Beneficios ampliados durante el siguiente período de inscripción anual.

2. Proceso de cancelación de la inscripción

- Podrá dar de baja los Beneficios ampliados en cualquier momento del año mediante el envío de una solicitud por escrito al plan en la que pida la cancelación de la inscripción a los Beneficios ampliados. La solicitud de la cancelación de la inscripción a los Beneficios ampliados entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de la recepción de la solicitud de cancelación de los beneficios opcionales.

- Una persona inscrita que abandona los Beneficios ampliados no tiene que pagar más primas mensuales por dichos beneficios. Además, si pagó una prima anual completa por los Beneficios ampliados, tiene derecho a un reembolso prorrateado de la prima aplicada por la parte restante del año.

3. Falta de pago de la prima

- Si no paga la prima de los Beneficios ampliados durante 90 días consecutivos después de que le notifiquemos por primera vez que sus primas complementarias están atrasadas, limitaremos su cobertura al plan *Aspire Health Value (HMO*) solamente y ya no tendrá los Beneficios ampliados incluidos en la cobertura de su plan.

4. Montos que paga por los copagos de los Beneficios ampliados

- Los montos que paga por los copagos de los Beneficios ampliados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en el siguiente cuadro.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción A	
Este beneficio complementario opcional incluye una cobertura odontológica completa y una prestación para anteojos, y está disponible por una prima mensual adicional.	Usted paga un adicional de $44.90 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan de $52.00. Este beneficio complementario opcional no tiene un deducible.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción A	
<u>Beneficios odontológicos^:</u> **Servicios odontológicos de diagnóstico y prevención:** • Dos exámenes bucodentales por año calendario, limitados a los siguientes códigos: D0120, D0140, D0150, D0160 o D0180 • Dos limpiezas por año calendario, limitadas al siguiente código: D1110 • Un juego de 2 radiografías de aleta de mordida por año calendario, limitado a los siguientes códigos: D0270 o D0272	No hay copago para los servicios odontológicos de diagnóstico y prevención cubiertos por este plan cuando los prestan los proveedores participantes de la red*.
Servicios odontológicos integrales: • Restauración básica • Cirugía oral • Extracciones simples • Endodoncia • Periodoncia quirúrgica • Periodoncia no quirúrgica • Restauración mayor • Prostodoncia: fija y removible • Reparación y recolocación de dentaduras postizas • Implantes En el Capítulo 4, Sección 2.2, que sigue a esta tabla, figura una lista completa de los códigos cubiertos, las limitaciones estándar y las exclusiones. Los procedimientos no enumerados no están cubiertos. Si elige realizarse procedimientos no cubiertos, el miembro será responsable de ellos. ^ Los beneficios odontológicos están limitados a la red Delta Dental Medicare Advantage para Aspire Health Plan en el condado de Monterey, California.	Las restauraciones básicas, las extracciones sencillas y la reparación y rebasamiento dental están cubiertas con un coseguro del 20% cuando las realizan proveedores participantes de la red*. La cirugía oral, endodoncia, periodoncia quirúrgica, periodoncia no quirúrgica, restauración mayor, prótesis fija y removible, y los implantes están cubiertos con un coseguro del 50% cuando los prestan proveedores participantes de la red*. El plan paga hasta un máximo de $1,000 en beneficios odontológicos por año.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción A	
<u>Beneficios de anteojos^:</u> • Un examen ocular de rutina cada 12 meses a partir de la última fecha de servicio. • Un par de lentes correctoras cada 12 meses. • Una montura cada 12 meses hasta un costo de venta al público de $150 ($99 al por mayor y $104 al precio de almacén equivalente). • Estándar CR29 lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivas estándar cubiertas en su totalidad. • Subsidio para lentes de contacto de $150 en total en lugar de monturas y lentes, incluida la evaluación de las lentes de contacto, los costos de prueba y los materiales cada 12 meses. • $120 de subsidio para lentes progresivas de alta calidad. • Hasta $85 de subsidio para lentes de policarbonato. • Hasta $70 de subsidio para lentes fotocromáticas. • Hasta $35 de subsidio para el revestimiento antirreflectante. • Lentes afáquicas o lenticulares cubiertas en su totalidad. • Lentes de contacto no electivas (médicamente necesarias) cubiertas en su totalidad. Las lentes de contacto no electivas (médicamente necesarias) son lentes para la afaquia (tras una operación de cataratas sin implante de lente intraocular) o cuando las lentes de contacto son el único medio para corregir la agudeza visual hasta 20/40 en caso de queratocono o 20/60 en caso de anisometropía de 3.0 dioptrías o más, o para determinadas condiciones de miopía (12 dioptrías o más), hipermetropía (7 dioptrías o más) o astigmatismo (más de 3 dioptrías). ^ Los beneficios de anteojos están limitados a la red MESVision®.	Usted paga $10 de copago por cada examen ocular de rutina*. Usted paga $25 de copago por los materiales de los anteojos: (monturas, lentes o lentillas)*. El límite de cobertura es de $460 en beneficios de visión cada 12 meses. Usted no paga nada por las lentes de contacto médicamente necesarias; ***se requiere autorización previa de MESVision®.***

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción A	
Beneficios de anteojos^: (continuación) En el Capítulo 4, Sección 2.2, a continuación de esta tabla, figura una lista completa de las limitaciones y exclusiones estándar. Los servicios no enumerados no están cubiertos. Si elige realizarse servicios no cubiertos, el miembro será responsable de ellos.	

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción B	
Este beneficio complementario opcional incluye una cobertura odontológica completa, beneficio de anteojos, un examen rutinario de la audición, beneficio de audífonos, 10 viajes adicionales de ida a las citas dentro de la red y 14 comidas después de cada estadía en un hospital o centro de atención de enfermería especializada *o* para determinadas enfermedades crónicas durante un período temporal, y está disponible por una prima mensual adicional.	Usted paga un adicional de $49.90 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan de $52.00. Este beneficio complementario opcional no tiene un deducible.
Beneficios odontológicos^: **Servicios odontológicos de diagnóstico y prevención:** • Dos exámenes bucodentales por año calendario, limitados a los siguientes códigos: D0120, D0140, D0150, D0160 o D0180 • Dos limpiezas por año calendario, limitadas al siguiente código: D1110 • Un juego de 2 radiografías de aleta de mordida por año calendario, limitado a los siguientes códigos: D0270 o D0272	No hay copago para los servicios odontológicos de diagnóstico y prevención cubiertos por este plan cuando los prestan los proveedores participantes de la red*.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción B	
<u>Beneficios odontológicos^: (continuación)</u> **Servicios odontológicos integrales:** • Restauración básica • Cirugía oral • Extracciones simples • Endodoncia • Periodoncia quirúrgica • Periodoncia no quirúrgica • Restauración mayor • Prostodoncia: fija y removible • Reparación y recolocación de dentaduras postizas • Implantes En el Capítulo 4, Sección 2.2, que sigue a esta tabla, figura una lista completa de los códigos cubiertos, las limitaciones estándar y las exclusiones. Los procedimientos no enumerados no están cubiertos. Si elige realizarse procedimientos no cubiertos, el miembro será responsable de ellos. ^ Los beneficios odontológicos están limitados a la red Delta Dental Medicare Advantage para Aspire Health Plan en el condado de Monterey, California.	Las restauraciones básicas, las extracciones sencillas y la reparación y rebasamiento dental están cubiertas con un coseguro del 20% cuando las realizan proveedores participantes de la red*. La cirugía oral, endodoncia, periodoncia quirúrgica, periodoncia no quirúrgica, restauración mayor, prótesis fija y removible, y los implantes están cubiertos con un coseguro del 50% cuando los prestan proveedores participantes de la red*. El plan paga hasta un máximo de $1,000 en beneficios odontológicos por año.
<u>Beneficios de anteojos^:</u> • Un examen ocular de rutina cada 12 meses a partir de la última fecha de servicio. • Un par de lentes correctoras cada 12 meses. • Una montura cada 12 meses hasta un costo de venta al público de $150 ($99 al por mayor y $104 al precio de almacén equivalente). • Estándar CR29 lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivas estándar cubiertas en su totalidad.	Usted paga $10 de copago por cada examen ocular de rutina*. Usted paga $25 de copago por los materiales de los anteojos: (monturas, lentes o lentillas)*. El límite de cobertura es de $460 en beneficios de visión cada 12 meses.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción B	
<u>Beneficios de anteojos^: (continuación)</u> • Subsidio para lentes de contacto de $150 en total en lugar de monturas y lentes, incluida la evaluación de las lentes de contacto, los costos de prueba y los materiales cada 12 meses. • $120 de subsidio para lentes progresivas de alta calidad. • Hasta $85 de subsidio para lentes de policarbonato. • Hasta $70 de subsidio para lentes fotocromáticas. • Hasta $35 de subsidio para el revestimiento antirreflectante. • Lentes afáquicas o lenticulares cubiertas en su totalidad. • Lentes de contacto no electivas (médicamente necesarias) cubiertas en su totalidad. Las lentes de contacto no electivas (médicamente necesarias) son lentes para la afaquia (tras una operación de cataratas sin implante de lente intraocular) o cuando las lentes de contacto son el único medio para corregir la agudeza visual hasta 20/40 en caso de queratocono o 20/60 en caso de anisometropía de 3.0 dioptrías o más, o para determinadas condiciones de miopía (12 dioptrías o más), hipermetropía (7 dioptrías o más) o astigmatismo (más de 3 dioptrías). ^ Los beneficios de anteojos están limitados a la red MESVision®. En el Capítulo 4, Sección 2.2, a continuación de esta tabla, figura una lista completa de las limitaciones y exclusiones estándar. Los servicios no enumerados no están cubiertos. Si elige realizarse servicios no cubiertos, el miembro será responsable de ellos.	Usted no paga nada por las lentes de contacto médicamente necesarias; ***se requiere autorización previa de MESVision®.***
<u>Examen de audición:</u> 1 examen auditivo rutinario al año	Usted paga $20 de copago por el examen*.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción B	
Audífonos: Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que están disponibles en varios estilos y colores. Los audífonos Premium están disponibles en opciones de estilo recargable. Para utilizar este beneficio debe acudir a un proveedor de TruHearing. Llame al 1-844-208-2631 para programar una cita (para TTY, marque 711). La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono (para los modelos no recargables) El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Moldes de oreja • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales a proveedores • Baterías adicionales o baterías cuando se adquiere un audífono recargable • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdidas y daños Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Usted paga $599 de copago por cada audífono Advanced*. Usted paga $899 de copago por cada audífono Premium*. *Los copagos de los exámenes auditivos de rutina y de los audífonos no están sujetos al monto máximo que paga de su bolsillo.*

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados, Opción B	
<u>Beneficio de servicios de transporte de rutina:</u> Hasta diez (10) viajes adicionales de ida por año calendario a citas de rutina dentro de la red. **Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte de rutina deben programarse con, al menos, tres (3) días hábiles de antelación a los servicios necesarios. Para coordinar el transporte, póngase en contacto con el plan.**	Usted no paga nada por los servicios de transporte de rutina a las citas de la red*. ***Se aplican las normas de autorización previa*** Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cómo utilizar este servicio.
<u>Beneficio de comidas^:</u> Tras el alta de un ingreso a cuidados intensivos, el Plan, en colaboración con Mom's Meals NourishCare®, organizará y proporcionará 14 comidas refrigeradas, 2 comidas al día durante 7 días, adaptadas a las preferencias del miembro. Tenga en cuenta lo siguiente: El beneficio de comidas debe solicitarse dentro de los 14 días siguientes a la estadía en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Para coordinar la entrega de comidas refrigeradas a domicilio, póngase en contacto con el plan. El beneficio de comidas también está disponible para las personas que padecen una enfermedad crónica, incluidos, entre otros, trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes, durante un período temporal, normalmente de dos semanas, al año, cuando lo ordena un médico o un profesional no médico y forma parte de un programa supervisado. ^ El beneficio de comidas se limita a las comidas suministradas a través de Mom's Meals NourishCare y será iniciado por el plan.	Usted no paga nada por el beneficio de comidas suministrado a través de Mom's Meals NourishCare®*. ***Se aplican las normas de autorización previa*** Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cómo utilizar este servicio.

Limitaciones y exclusiones de los beneficios de anteojos (incluidas en la Opción A o B de los paquetes opcionales de Beneficios ampliados)

Limitaciones de los beneficios de anteojos

1. Lentes de contacto, excepto las específicamente cubiertas.
2. Prueba de lentes de contacto, excepto en los casos específicamente cubiertos.
3. Las lentes de contacto esclerales rígidas permeables al gas y las híbridas pueden estar cubiertas de manera parcial hasta la asignación máxima de lentes de contacto médicamente necesarias de $350 para los pacientes que cumplan con los criterios de lentes de contacto no electivas y cuando se haya demostrado que otros métodos de lentes de contacto no tuvieron éxito. Cualquier costo adicional es responsabilidad del paciente. Las enfermedades de la superficie ocular y el tratamiento de las patologías oculares subyacentes suelen estar cubiertos por el plan médico del paciente.
4. Si el paciente cumple con los criterios de necesidad médica a través del proceso de aprobación previa y opta por lentes desechables diarias, lentes multifocales u otras lentes de contacto especiales, el paciente será responsable del saldo del cargo del proveedor que exceda la asignación de beneficios de $350.00.
5. Anteojos cuando no hay cambio en la receta, excepto cuando los beneficios están disponibles de otra manera.
6. Los cargos por lentes no estándar u opciones de lentes, incluidos los siguientes: policarbonato, lentes progresivas premium, lentes fotocromáticas, lentes polarizadas, de alto índice, lentes ocupacionales, biseladas, facetadas, recubiertas (es decir, antirreflectantes, antiarañazos, espejadas y UV), de tamaño excesivo que excedan la Tabla de asignaciones u otras opciones de lentes personalizadas solo se cubrirán en la medida en que haya un valor en dólares en la tabla y el Plan solamente pagará hasta la cantidad indicada. Cualquier monto por estos conceptos que supere ese límite será responsabilidad del afiliado.
7. Tintes, excepto los que se contemplan específicamente.
8. Dos pares de anteojos en lugar de los bifocales, a menos que sean recetados.
9. Anteojos sin receta médica (Plano), excepto cuando estén específicamente cubiertos.
10. Pruebas de visión subnormal/baja y ayudas para la baja visión, excepto cuando estén cubiertas específicamente.

Exclusiones de los beneficios de anteojos

1. Exámenes oculares que exija un empleador como condición para el empleo.
2. Afecciones cubiertas por la compensación laboral.

3. Seguro de lentes de contacto o kits de cuidado, o estuches de monturas.
4. Servicios cubiertos que comenzaron antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro o después de la finalización de los beneficios.
5. Gastos que el miembro no está legalmente obligado a pagar.
6. Ortóptica, entrenamiento visual.
7. Servicios de carácter experimental o de investigación.
8. En relación con la guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no, una afección contraída o un accidente ocurrido durante el servicio activo a tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o combinación de países.
9. Servicios o gastos que no están incluidos en la Tabla de asignaciones.
10. Todos los gastos facturados por el proveedor por la colocación de nuevas lentes en la propia montura del paciente.
11. Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, incluido el tratamiento de cualquier sospecha de patología o lesión que pueda descubrirse durante el curso de un examen de la vista cubierto y que pueda ser pagadero en virtud de los beneficios médicos del plan de salud del miembro. En el caso de que el oftalmólogo determine que están indicados procedimientos de diagnóstico o planes de tratamiento adicionales para confirmar la patología o lesión sospechada, el miembro deberá obtener atención de parte de su beneficio médico.
12. Los servicios cubiertos proporcionados por otro plan de visión; excepto los beneficios pagaderos por la Coordinación de beneficios.
13. La sustitución de lentes o monturas perdidas, robadas o rotas, salvo que se disponga de otros beneficios.
14. Servicios para el tratamiento directamente relacionado con cualquier afección, enfermedad o lesión totalmente incapacitante.

Beneficios ampliados (Opciones A y B): Resumen de los beneficios de Delta Dental

$1,000 máximo por año calendario

A continuación, se incluye una lista completa de los procedimientos odontológicos para los que se pagan beneficios en el marco de los Beneficios ampliados complementarios originales, tanto para el paquete de la Opción A como para el de la Opción B.

Los procedimientos no enumerados no están cubiertos. Este plan no permite la alternancia de los beneficios.

Si elige realizarse procedimientos no cubiertos, el miembro será responsable de ellos.

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D2140	amalgama: una superficie, primaria o permanente	Básico	20%
D2150	amalgama: dos superficies, primaria o permanente	Básico	20%
D2160	amalgama: tres superficies, primaria o permanente	Básico	20%
D2161	amalgama: cuatro o más superficies, primaria o permanente	Básico	20%
D2330	composite a base de resina: una superficie, anterior	Básico	20%
D2331	composite a base de resina: dos superficies, anterior	Básico	20%
D2332	composite a base de resina: tres superficies, anterior	Básico	20%
D2335	composite a base de resina: cuatro o más superficies, o que impliquen el ángulo incisal (anterior)	Básico	20%
D2390	corona de composite a base de resina, anterior	Básico	20%
D2391	composite a base de resina: una superficie, posterior	Básico	20%
D2392	composite a base de resina: dos superficies, posterior	Básico	20%
D2393	composite a base de resina: tres superficies, posterior	Básico	20%
D2394	composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	Básico	20%
D2910	recementar o volver a pegar incrustaciones, recubrimientos, carillas o restauraciones de cobertura parcial	Básico	20%
D2915	recementación o reconexión de muñón y pilar fabricados indirectamente o prefabricados	Básico	20%
D2920	recementación o readhesión de corona	Básico	20%
D2921	reimplantación de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide	Básico	20%
D2929	corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente primario	Básico	20%
D2930	corona prefabricada de acero inoxidable: diente primario	Básico	20%
D2931	corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	Básico	20%
D2932	corona prefabricada de resina	Básico	20%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D2933	corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	Básico	20%
D2934	corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético: diente primario	Básico	20%
D2940	restauración de protección	Básico	20%
D2941	restauración terapéutica provisional: dentición primaria	Básico	20%
D2951	retención de pines: por diente, además de la restauración	Básico	20%
D2971	procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo la estructura de la dentadura parcial existente	Básico	20%
D5511	reparación de la base de la dentadura completa rota, mandibular	Básico	20%
D5512	reparación de la base de la dentadura completa rota, maxilar	Básico	20%
D5520	reemplazo de dientes perdidos o rotos: dentadura completa (cada diente)	Básico	20%
D5611	base de prótesis parcial de resina de reparación, mandibular	Básico	20%
D5612	base de prótesis parcial de resina de reparación, maxilar	Básico	20%
D5621	marco parcial de yeso de reparación, mandibular	Básico	20%
D5622	marco parcial de yeso de reparación, maxilar	Básico	20%
D5630	reparar o sustituir el gancho roto: por diente	Básico	20%
D5640	sustitución de dientes rotos: por diente	Básico	20%
D5650	añadir un diente a una dentadura parcial existente: por diente	Básico	20%
D5660	añadir gancho a una dentadura parcial existente: por diente	Básico	20%
D5670	sustitución de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica fundida (maxilar)	Básico	20%
D5671	sustitución de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (mandíbula)	Básico	20%
D5710	recolocación de dentadura maxilar completa	Básico	20%
D5711	recolocación de dentadura mandibular completa	Básico	20%
D5720	recolocación de dentadura maxilar parcial	Básico	20%
D5721	recolocación de dentadura mandibular parcial	Básico	20%
D5730	rebasado de dentadura maxilar completa (en el consultorio)	Básico	20%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D5731	rebasado de la prótesis mandibular completa (en el consultorio)	Básico	20%
D5740	rebasado de dentadura parcial maxilar (en el consultorio)	Básico	20%
D5741	rebasado de la dentadura parcial mandibular (en el consultorio)	Básico	20%
D5750	rebasado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	Básico	20%
D5751	rebasado de la dentadura mandibular completa (laboratorio)	Básico	20%
D5760	rebasado de la dentadura parcial maxilar (laboratorio)	Básico	20%
D5761	rebasado de la dentadura parcial mandibular (laboratorio)	Básico	20%
D6081	eliminación del sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo	Básico	20%
D7111	extracción, restos coronales: diente primario	Básico	20%
D7140	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Básico	20%
D9110	tratamiento paliativo (de urgencia) del dolor dental: procedimiento menor	Básico	20%
D9120	seccionamiento de prótesis parciales fijas	Básico	20%
D9222	sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Básico	20%
D9223	sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	Básico	20%
D9239	sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	Básico	20%
D9243	sedación/analgesia moderada intravenosa (consciente): cada incremento de 15 minutos posterior	Básico	20%
D9310	consulta: servicio de diagnóstico prestado por un odontólogo o médico que no sea el solicitante	Básico	20%
D9999	procedimiento complementario no especificado, por informe	Básico	20%
D0120	evaluación oral periódica: paciente establecido	Diagnóstico	0%
D0140	evaluación oral limitada: centrada en el problema	Diagnóstico	0%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D0150	evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Diagnóstico	0%
D0160	evaluación oral detallada y extensa: centrada en el problema, por informe	Diagnóstico	0%
D0180	evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	Diagnóstico	0%
D0270	aleta de mordida: imagen radiográfica única	Diagnóstico	0%
D0272	aletas de mordida: dos imágenes radiográficas	Diagnóstico	0%
D2510	incrustación, metálica: una superficie	Mayor	50%
D2520	incrustación, metálica: dos superficies	Mayor	50%
D2530	incrustación, metálica: tres o más superficies	Mayor	50%
D2542	recubrimiento, metálico: dos superficies	Mayor	50%
D2543	recubrimiento, metálico: tres superficies	Mayor	50%
D2544	recubrimiento, metálico: cuatro o más superficies	Mayor	50%
D2610	incrustación, porcelana/cerámica: una superficie	Mayor	50%
D2620	incrustación, porcelana/cerámica: dos superficies	Mayor	50%
D2630	incrustación, porcelana/cerámica: tres o más superficies	Mayor	50%
D2642	recubrimiento, porcelana/cerámica: dos superficies	Mayor	50%
D2643	recubrimiento, porcelana/cerámica: tres superficies	Mayor	50%
D2644	recubrimiento, porcelana/cerámica: cuatro o más superficies	Mayor	50%
D2650	incrustación, compuesto a base de resina: una superficie	Mayor	50%
D2651	incrustación, compuesto a base de resina: dos superficies	Mayor	50%
D2652	incrustación, compuesto a base de resina: tres o más superficies	Mayor	50%
D2662	recubrimiento, compuesto a base de resina: dos superficies	Mayor	50%
D2663	recubrimiento, compuesto a base de resina: tres superficies	Mayor	50%
D2664	recubrimiento, compuesto a base de resina: cuatro o más superficies	Mayor	50%
D2710	corona: compuesto a base de resina (indirecta)	Mayor	50%
D2712	corona: ¾ composite a base de resina (indirecta)	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D2720	corona: resina con metal muy noble	Mayor	50%
D2721	corona: resina con metal predominantemente común	Mayor	50%
D2722	corona: resina con metal noble	Mayor	50%
D2740	corona: porcelana/cerámica	Mayor	50%
D2750	corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	Mayor	50%
D2751	corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente común	Mayor	50%
D2752	corona: porcelana fundida sobre metal noble	Mayor	50%
D2780	corona: 3/4 de metal muy noble fundido	Mayor	50%
D2781	corona: 3/4 de metal predominantemente común fundido	Mayor	50%
D2782	corona: 3/4 de metal noble fundido	Mayor	50%
D2783	corona: 3/4 de porcelana/cerámica	Mayor	50%
D2790	corona: completa de metal muy noble fundido	Mayor	50%
D2791	corona: completa de metal predominantemente común fundido	Mayor	50%
D2792	corona: completa de metal noble fundido	Mayor	50%
D2794	corona: titanio	Mayor	50%
D2950	reconstrucción de muñón, incluidos los pines cuando fueran necesarios	Mayor	50%
D2952	muñón y pilar, además de la corona, fabricados indirectamente	Mayor	50%
D2954	muñón y pilar prefabricados, además de la corona	Mayor	50%
D2980	reparación de coronas necesaria por falla del material de restauración	Mayor	50%
D2981	reparación de incrustaciones necesaria por falla del material de restauración	Mayor	50%
D2982	reparación de recubrimientos necesaria por falla del material de restauración	Mayor	50%
D2999	procedimiento de restauración no especificado, por informe	Mayor	50%
D3110	revestimiento del esmalte dental: directo (excluida la restauración final)	Mayor	50%
D3220	pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final): eliminación de la corona pulpar hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	Mayor	50%
D3221	desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D3222	pulpotomía parcial con apexogénesis: diente permanente con desarrollo radicular incompleto	Mayor	50%
D3230	terapia pulpar (obturación reabsorbible): diente anterior, primario (excluida la restauración final)	Mayor	50%
D3240	terapia pulpar (obturación reabsorbible): posterior, diente primario (excluyendo la restauración final)	Mayor	50%
D3310	terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)	Mayor	50%
D3320	terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)	Mayor	50%
D3330	terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)	Mayor	50%
D3332	tratamiento endodóntico incompleto; diente inoperable, no restaurable o fracturado	Mayor	50%
D3333	reparación de la raíz interna de los defectos de perforación	Mayor	50%
D3346	tratamiento de un conducto anterior: anterior	Mayor	50%
D3347	tratamiento de un conducto anterior: premolar	Mayor	50%
D3348	tratamiento de un conducto anterior: molar	Mayor	50%
D3351	apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación calcárea de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	Mayor	50%
D3352	apexificación/recalcificación: sustitución provisional de medicamentos (cierre apical/reparación de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.)	Mayor	50%
D3353	apexificación/recalcificación: visita final (incluye el tratamiento del conducto radicular completado, cierre apical/reparación de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	Mayor	50%
D3410	apicectomía: anterior	Mayor	50%
D3421	apicectomía: premolar (primera raíz)	Mayor	50%
D3425	apicectomía: molar (primera raíz)	Mayor	50%
D3426	apicectomía (cada raíz adicional)	Mayor	50%
D3427	cirugía perirradicular sin apicectomía	Mayor	50%
D3430	obturación retrógrada: por raíz	Mayor	50%
D3450	amputación radicular: por raíz	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D3920	hemisección (incluida cualquier extirpación radicular), sin incluir el tratamiento del conducto	Mayor	50%
D3999	procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	Mayor	50%
D4210	gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4211	gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4212	gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso a un procedimiento de restauración, por diente	Mayor	50%
D4240	procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4241	procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por diente por cuadrante	Mayor	50%
D4245	colgajo de reposición apical	Mayor	50%
D4249	alargamiento de corona clínico: tejido duro	Mayor	50%
D4260	cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de entrada y cierre de espesor total): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4261	cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de entrada y cierre de espesor total): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por diente por cuadrante	Mayor	50%
D4263	injerto de sustitución ósea: diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante	Mayor	50%
D4264	injerto de sustitución ósea: diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	Mayor	50%
D4265	materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejidos blandos y óseos	Mayor	50%
D4266	regeneración tisular guiada: barrera reabsorbible, por sitio	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D4267	regeneración tisular guiada: barrera no reabsorbible, por sitio (incluye la remoción de la membrana)	Mayor	50%
D4268	procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	Mayor	50%
D4270	procedimiento de injerto de tejido blando pedicular	Mayor	50%
D4273	procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidas las zonas quirúrgicas del donante y del receptor) posición del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto	Mayor	50%
D4274	procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)	Mayor	50%
D4275	injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar del receptor y el material del donante) posición del primer diente, del implante o del diente edéntulo en el injerto	Mayor	50%
D4276	injerto combinado de tejido conectivo y doble pedículo, por diente	Mayor	50%
D4277	procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante): primer diente, implante o posición del diente edéntulo en el injerto	Mayor	50%
D4278	procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante): cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	Mayor	50%
D4283	procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidas las zonas quirúrgicas del donante y del receptor): cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	Mayor	50%
D4285	procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidas las zonas quirúrgicas del receptor y del material del donante): cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D4341	limpieza periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4342	limpieza periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante	Mayor	50%
D4355	desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico completos en la siguiente visita	Mayor	50%
D4910	mantenimiento periodontal	Mayor	50%
D4999	procedimiento periodontal no especificado, por informe	Mayor	50%
D5110	dentadura completa: maxilar	Mayor	50%
D5120	dentadura completa: mandibular	Mayor	50%
D5130	dentadura inmediata: maxilar	Mayor	50%
D5140	dentadura inmediata: mandibular	Mayor	50%
D5211	dentadura parcial maxilar: base de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5212	dentadura parcial mandibular: base de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5213	dentadura parcial maxilar: estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5214	dentadura parcial mandibular: estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5221	dentadura parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata: estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata: estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos ganchos, apoyos y dientes convencionales)	Mayor	50%
D5225	Dentadura parcial maxilar: base flexible (incluidos ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	50%
D5226	Dentadura parcial mandibular: base flexible (incluidos ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	50%
D5281	Dentadura parcial unilateral removible: metal fundido de una sola pieza (incluidos ganchos y dientes)	Mayor	50%
D5410	Ajuste de la dentadura completa: maxilar	Mayor	50%
D5411	Ajuste de la dentadura completa: mandibular	Mayor	50%
D5421	Ajuste de la dentadura parcial: maxilar	Mayor	50%
D5422	Ajuste de la dentadura parcial: mandibular	Mayor	50%
D5820	Dentadura parcial provisional: maxilar	Mayor	50%
D5821	Dentadura parcial provisional: mandibular	Mayor	50%
D5850	Acondicionamiento del tejido: maxilar	Mayor	50%
D5851	Acondicionamiento del tejido: mandibular	Mayor	50%
D5899	procedimiento de prótesis removible no especificado, por informe	Mayor	50%
D6010	colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	Mayor	50%
D6013	colocación quirúrgica del implante pequeño	Mayor	50%
D6040	colocación quirúrgica: implante eposteal	Mayor	50%
D6050	colocación quirúrgica: implante transosteal	Mayor	50%
D6055	barra de conexión: apoyada en el implante o en el pilar	Mayor	50%
D6056	pilar prefabricado: incluye la modificación y colocación	Mayor	50%
D6057	pilar fabricado a medida: incluye la colocación	Mayor	50%
D6058	corona de porcelana/cerámica apoyada en un pilar	Mayor	50%
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal (metal muy noble) apoyada en un pilar	Mayor	50%
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal (predominantemente metal común) apoyada en un pilar	Mayor	50%
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal (metal noble) apoyada en el pilar	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D6062	Corona de metal fundido apoyada en un pilar (metal muy noble)	Mayor	50%
D6063	Corona de metal fundido apoyada en un pilar (predominantemente de metal común)	Mayor	50%
D6064	Corona de metal fundido apoyada en un pilar (metal noble)	Mayor	50%
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en un implante	Mayor	50%
D6066	corona de porcelana fundida sobre metal (titanio, aleación de titanio, metal muy noble) apoyada en un implante	Mayor	50%
D6067	corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal muy noble) apoyada en un implante	Mayor	50%
D6068	retenedor apoyado en un pilar para dentadura parcial fija (Fixed Partial Denture, FPD) de porcelana/cerámica	Mayor	50%
D6069	retenedor apoyado en un pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (metal muy noble)	Mayor	50%
D6070	retenedor apoyado en un pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (metal predominantemente común)	Mayor	50%
D6071	retenedor apoyado en un pilar para FPD de porcelana fundida sobre metal (metal noble)	Mayor	50%
D6072	retenedor apoyado en un pilar para FPD de metal fundido (metal muy noble)	Mayor	50%
D6073	retenedor apoyado en un pilar para FPD de metal fundido (metal predominantemente común)	Mayor	50%
D6074	retenedor apoyado en un pilar para FPD de metal fundido (metal noble)	Mayor	50%
D6075	retenedor apoyado en un implante para FPD de cerámica	Mayor	50%
D6076	retenedor apoyado en un implante para FPD de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	Mayor	50%
D6077	retenedor apoyado en un implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D6080	procedimientos de mantenimiento de los implantes cuando se retiran y reinsertan las prótesis, incluida la limpieza de las prótesis y los pilares	Mayor	50%
D6090	reparación de prótesis colocadas sobre implantes, por informe	Mayor	50%
D6091	sustitución de un aditamento de semiprecisión o de precisión (componente masculino o femenino) de una prótesis colocada sobre un implante o pilar, por aditamento	Mayor	50%
D6092	sustitución o reimplantación de una corona colocada en un implante o pilar	Mayor	50%
D6093	recementación o refijación de una dentadura parcial fija colocada en un implante o un pilar	Mayor	50%
D6094	corona colocada en un pilar: (titanio)	Mayor	50%
D6095	reparación de pilar de implante, por informe	Mayor	50%
D6096	remoción del tornillo de retención del implante roto	Mayor	50%
D6100	extracción de implantes, por informe	Mayor	50%
D6101	desbridamiento de un defecto periimplantario o de los defectos que rodean a un solo implante y limpieza superficial de las superficies expuestas del implante, incluidos la entrada y el cierre del colgajo	Mayor	50%
D6102	desbridamiento y contorneado óseo de un defecto periimplantario o defectos que rodean un solo implante e incluye la limpieza de la superficie o de las superficies expuestas del implante, incluidos la entrada y el cierre del colgajo	Mayor	50%
D6110	Dentadura removible colocada en un implante/pilar para arco edéntulo: maxilar	Mayor	50%
D6111	Dentadura removible colocada en un implante/pilar para arco edéntulo: mandibular	Mayor	50%
D6112	Dentadura removible colocada en un implante/pilar para arco edéntulo parcial: maxilar	Mayor	50%
D6113	Dentadura removible colocada en un implante/pilar para arco edéntulo parcial: mandibular	Mayor	50%
D6114	prótesis fija colocada en un implante/pilar para arco edéntulo: maxilar	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D6115	prótesis fija colocada en un implante/pilar para arco edéntulo: mandibular	Mayor	50%
D6116	prótesis fija colocada en un implante/pilar para arco edéntulo parcial: maxilar	Mayor	50%
D6117	prótesis fija colocada en un implante/pilar para arco edéntulo parcial: mandibular	Mayor	50%
D6190	índice de implantes radiográficos/quirúrgicos, por informe	Mayor	50%
D6194	corona retenedora colocada sobre un pilar para FPD: (titanio)	Mayor	50%
D6199	procedimiento de implante no especificado, por informe	Mayor	50%
D6205	póntico: composite indirecto a base de resina	Mayor	50%
D6210	póntico: metal muy noble fundido	Mayor	50%
D6211	póntico: metal predominantemente común fundido	Mayor	50%
D6212	póntico: metal noble fundido	Mayor	50%
D6214	póntico: titanio	Mayor	50%
D6240	póntico: porcelana fundida sobre metal muy noble	Mayor	50%
D6241	póntico: porcelana fundida sobre metal predominantemente común	Mayor	50%
D6242	póntico: porcelana fundida sobre metal noble	Mayor	50%
D6245	póntico: porcelana/cerámica	Mayor	50%
D6250	póntico: resina con metal muy noble	Mayor	50%
D6251	póntico: resina con metal predominantemente común	Mayor	50%
D6252	póntico: resina con metal noble	Mayor	50%
D6545	retenedor: metal fundido para prótesis fija de resina	Mayor	50%
D6548	retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija de resina	Mayor	50%
D6549	retenedor de resina: para prótesis fijas adheridas con resina	Mayor	50%
D6600	incrustación de retención: porcelana/cerámica, dos superficies	Mayor	50%
D6601	incrustación de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies	Mayor	50%
D6602	incrustación de retención: metal muy noble fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6603	incrustación de retención: metal muy noble fundido, tres o más superficies	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D6604	incrustación de retención: metal predominantemente común fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6605	incrustación de retención: metal predominantemente común fundido, tres o más superficies	Mayor	50%
D6606	incrustación de retención: metal noble fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6607	incrustación de retención: metal noble fundido, tres o más superficies	Mayor	50%
D6608	recubrimiento de retención: porcelana/cerámica, dos superficies	Mayor	50%
D6609	recubrimiento de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies	Mayor	50%
D6610	recubrimiento de retención: metal muy noble fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6611	recubrimiento de retención: metal muy noble fundido, tres o más superficies	Mayor	50%
D6612	recubrimiento de retención: metal predominantemente común fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6613	recubrimiento de retención: metal predominantemente común fundido, tres o más superficies	Mayor	50%
D6614	recubrimiento de retención: metal noble fundido, dos superficies	Mayor	50%
D6615	recubrimiento de retención: metal noble fundido, tres o más superficies	Mayor	50%
D6624	incrustación de retención: titanio	Mayor	50%
D6634	recubrimiento de retención: titanio	Mayor	50%
D6710	corona de retención: composite indirecto a base de resina	Mayor	50%
D6720	corona de retención: resina con metal muy noble	Mayor	50%
D6721	corona de retención: resina con metal predominantemente común	Mayor	50%
D6722	corona de retención: resina con metal noble	Mayor	50%
D6740	corona de retención: porcelana/cerámica	Mayor	50%
D6750	corona de retención: porcelana fundida sobre metal muy noble	Mayor	50%
D6751	corona de retención: porcelana fundida sobre metal predominantemente común	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D6752	corona de retención: porcelana fundida sobre metal noble	Mayor	50%
D6780	corona de retención: 3/4 de metal muy noble fundido	Mayor	50%
D6781	corona de retención: 3/4 de metal predominantemente común fundido	Mayor	50%
D6782	corona de retención: 3/4 de metal noble fundido	Mayor	50%
D6783	corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	Mayor	50%
D6790	corona de retención: completa de metal muy noble fundido	Mayor	50%
D6791	corona de retención: completa de metal predominantemente común fundido	Mayor	50%
D6792	corona de retención: completa de metal noble fundido	Mayor	50%
D6794	corona de retención: titanio	Mayor	50%
D6930	recementación o readhesión de dentadura parcial fija	Mayor	50%
D6940	dispositivo dental flexible	Mayor	50%
D6980	reparación de dentadura parcial fija necesaria por falla del material de restauración	Mayor	50%
D6999	procedimiento de prótesis fija no especificado, por informe	Mayor	50%
D7210	extracción, diente erupcionado que requiere la extracción del hueso o la sección del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	Mayor	50%
D7220	extracción de diente impactado: tejido blando	Mayor	50%
D7230	extracción de diente impactado: parcialmente óseo	Mayor	50%
D7240	extracción de diente impactado: completamente óseo	Mayor	50%
D7241	extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Mayor	50%
D7250	eliminación de raíces residuales de los dientes (procedimiento de corte)	Mayor	50%
D7260	cierre de fístula oroantral	Mayor	50%
D7261	cierre primario de una perforación de seno	Mayor	50%
D7282	movilización del diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción	Mayor	50%
D7285	biopsia incisional de tejido oral: duro (hueso, diente)	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D7286	biopsia incisional de tejido oral: blando	Mayor	50%
D7310	alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes, o espacios dentales, por cuadrante	Mayor	50%
D7311	alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	Mayor	50%
D7320	alveoloplastia de manera separada a extracciones: cuatro o más dientes, o espacios dentales, por cuadrante	Mayor	50%
D7321	alveoloplastia de manera separada a extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	Mayor	50%
D7340	vestibuloplastia: ampliación de la cresta (epitelización secundaria)	Mayor	50%
D7350	vestibuloplastia: ampliación de la cresta (incluidos injertos de tejidos blandos, reimplantación muscular, revisión de la fijación de los tejidos blandos y gestión de los tejidos hipertrofiados e hiperplásicos)	Mayor	50%
D7471	eliminación de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	Mayor	50%
D7472	extirpación de *torus palatino*	Mayor	50%
D7473	extirpación del *torus mandibularis*	Mayor	50%
D7485	reducción de la tuberosidad ósea	Mayor	50%
D7510	incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Mayor	50%
D7520	incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Mayor	50%
D7530	extracción de un cuerpo extraño de la mucosa, la piel o el tejido alveolar subcutáneo	Mayor	50%
D7540	extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético	Mayor	50%
D7550	ostectomía parcial/sequestrectomía para la extracción de hueso no vital	Mayor	50%
D7560	sinusotomía maxilar para extraer un fragmento de diente o un cuerpo extraño	Mayor	50%
D7920	injerto de piel (identificación del defecto cubierto, la ubicación y el tipo de injerto)	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D7951	aumento del seno con hueso o sustitutos óseos mediante un abordaje lateral abierto	Mayor	50%
D7952	aumento del seno a través de un enfoque vertical	Mayor	50%
D7953	injerto de sustitución ósea para la conservación de la cresta: por sitio	Mayor	50%
D7955	reparación de defectos de tejidos blandos o duros maxilofaciales	Mayor	50%
D7970	escisión de tejido hiperplásico: por arco	Mayor	50%
D7971	escisión de la encía pericoronal	Mayor	50%
D7972	reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	Mayor	50%
D7999	procedimiento de cirugía oral no especificado, por informe	Mayor	50%
D1110	profilaxis: adulto	Preventivo	0%

Limitaciones de los beneficios odontológicos (incluidas en la Opción A o B de los paquetes opcionales de Beneficios ampliados)

1. Limitaciones de examen y limpieza:

    a. El plan pagará los exámenes bucodentales (excepto los exámenes fuera del horario de atención y los exámenes de observación) y las limpiezas (incluidas las limpiezas periodontales en presencia de encías inflamadas o cualquier combinación de ellas) no más de dos veces en un año calendario.

    b. El desbridamiento de toda la boca se permite una vez en la vida y cuenta como premio a la frecuencia de limpieza en el año previsto.

    c. Tenga en cuenta que los Códigos de procedimiento de las limpiezas periodontales que incluyen limpiezas periodontales y desbridamiento de toda la boca están cubiertos como beneficio básico, y las limpiezas rutinarias están cubiertas como beneficio de diagnóstico y preventivo.

2. Las radiografías de aleta de mordida se limitan a una vez por año calendario para los miembros. No se permiten radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo en los 12 meses siguientes a una serie oral completa, salvo que lo justifiquen circunstancias especiales.

3. Las consultas de especialistas, las revisiones de pacientes y las evaluaciones de pacientes están limitadas a una vez en la vida por odontólogo y cuentan para la frecuencia de los exámenes bucodentales.

4. El plan no cubrirá la sustitución de una amalgama o de restauraciones de composite con base a resina (empastes) dentro de los 24 meses siguientes al tratamiento si el servicio lo presta el mismo odontólogo/consultorio. Las restauraciones de sustitución en un plazo de 24 meses están incluidas en la tarifa de la restauración original.

5. Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente y de por vida cuando el tratamiento definitivo no se realiza en la misma fecha de servicio.

6. La pulpotomía terapéutica se limita a una vez en la vida para los dientes de leche (primera dentición) y se considera un tratamiento paliativo para los dientes permanentes.

7. El tratamiento de conducto y la terapia pulpar (obturación reabsorbible) se limitan a una vez en la vida. El retratamiento del tratamiento de conducto por el mismo odontólogo/consultorio en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

8. El retratamiento de la cirugía apical por el mismo odontólogo/consultorio en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

9. El tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y la tarifa incluye todo el tratamiento proporcionado, excepto las radiografías requeridas o determinados procedimientos de diagnóstico.

10. Limitaciones periodontales:

    a. Los beneficios por raspado periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez por cada período de 24 meses.

    b. La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez por cada período de 36 meses e incluye cualquier reingreso quirúrgico o raspado y alisado radicular.

    c. Los servicios periodontales, incluidos los injertos de sustitución ósea, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injerto y los materiales biológicos para ayudar a la regeneración de los tejidos blandos y óseos solo están cubiertos para el tratamiento de los dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular o aumento de la cresta.

    d. La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días tras el raspado periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.

    e. Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento de toda la boca están sujetos a una espera de 30 días después del raspado periodontal y el alisado radicular si los realiza el mismo consultorio odontológico.

11. Los servicios de cirugía oral se cubren una vez en la vida, excepto la extirpación de quistes y lesiones y los procedimientos de incisión y drenaje, que se cubren una vez en el mismo día.

12. Las coronas y las incrustaciones/los recubrimientos están cubiertos no más de una vez en un período de 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que la corona o incrustación/recubrimiento existente no es satisfactorio y no puede ser satisfactorio porque el diente en cuestión experimentó una gran pérdida o cambios en la estructura dental o problemas de soporte.

13. La reconstrucción de muñones, incluidos los pernos, no está cubierta más de una vez en un período de 60 meses.

14. Los servicios de muñón y pilar se cubren, como máximo, una vez en un período de 60 meses.

15. Las reparaciones de la corona se cubren, como máximo, dos veces en un período de 60 meses.

16. Las reparaciones de prótesis dentales están cubiertas, como máximo, una vez en un período de seis (6) meses, excepto las reparaciones de prótesis dentales fijas, que están cubiertas, como máximo, dos veces en un período de 60 meses.

17. Las prótesis, los implantes o las prótesis soportadas por implantes que se hayan proporcionado en el marco de cualquier programa de Delta Dental se sustituirán únicamente después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida tan extensa de los dientes restantes o un cambio en el tejido de soporte que el puente fijo o la prótesis existente no puedan resultar satisfactorios.

    Las prótesis fijas se limitan a las personas inscritas mayores de 16 años. La sustitución de una prótesis o de una prótesis soportada por un implante que no se haya proporcionado en el marco de un programa de Delta Dental se realizará si Delta Dental determina que no es satisfactoria y que no puede volverse satisfactoria. Los medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para los implantes se consideran parte de los honorarios del tratamiento definitivo y están incluidos en ellos. El pago de Delta Dental por la extracción de implantes se limita a uno (1) por cada implante durante la vida de la persona inscrita, ya sea que lo proporcione Delta Dental u otro plan de atención odontológica.

18. Cuando un puente fijo posterior y una dentadura parcial removible se coloquen en el mismo arco en el mismo episodio de tratamiento, solamente la dentadura parcial será un beneficio.

19. La recementación de coronas, incrustaciones/recubrimientos o puentes está incluida en la tarifa de la corona, la incrustación/recubrimiento o el puente cuando lo realiza el mismo odontólogo/consultorio odontológico en los seis (6) meses siguientes a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación en toda la vida por el mismo odontólogo/consultorio odontológico.

20. Delta Dental limita el pago de las dentaduras postizas a una dentadura parcial o completa estándar (se aplican los coseguros de los miembros). Una dentadura estándar es un aparato removible para reemplazar los dientes naturales permanentes faltantes, que está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye el cuidado rutinario posterior a la entrega, incluidos ajustes y rebasamientos durante los primeros seis (6) meses posteriores a la colocación.

    a. La recolocación de la dentadura se limita a uno (1) por arco en un período de 24 meses e incluye cualquier recolocación y ajuste durante los seis (6) meses siguientes a su colocación.

    b. Las dentaduras, las dentaduras parciales removibles y las recolocaciones incluyen los ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la colocación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o recolocación, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en un año calendario y la recolocación se limita a una (1) por arco en un período de seis (6) meses.

    c. El acondicionamiento de los tejidos se limita a dos (2) por arco en un período de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento de los tejidos no se permite como beneficio separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de dentadura, recolocación o reforrado.

    d. La recementación de las dentaduras parciales fijas se limita a una vez en la vida.

Exclusiones de los beneficios odontológicos (incluidas en la Opción A o B de los paquetes opcionales de Beneficios ampliados)

El plan no paga beneficios de las siguientes prestaciones:

1. Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación laboral o de responsabilidad de los empleadores; servicios recibidos sin costo de una agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por ley.

2. Cirugía estética o procedimientos por motivos puramente estéticos.

3. Prótesis facial maxilar.

4. Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que puedan pagarse por separado y están incluidos en la tarifa por servicio completado.

5. Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (tras el nacimiento), que incluyen, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes).

6. Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por el desgaste, la erosión o la abrasión o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a desalineación de los dientes u oclusión. Entre los ejemplos se incluyen, entre otros: equilibrado, férulas periodontales, ajustes oclusales completos o protectores nocturnos/guardias oclusales y abfracción.

7. Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en que el miembro se vuelva elegible para los servicios bajo este plan.

8. Medicamentos con receta, fármacos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.

9. Los gastos de anestesia, que no sea anestesia general ni sedación intravenosa, administrados por un dentista en relación con la cirugía oral cubierta o con determinados procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia. La anestesia local y la anestesia regional o en bloque del trigémino no son procedimientos que se pagan por separado.

10. Injertos extraorales (injertos de tejidos de fuera de la boca en tejidos orales).

11. Implantes provisionales e implantes endodónticos.

12. Incrustaciones/recubrimientos a base de resina fabricadas de manera indirecta.

13. Los gastos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento, así como los honorarios adicionales cobrados por el odontólogo por el tratamiento en cualquiera de estos centros.

14. Tratamiento realizado por alguien que no sea un odontólogo o una persona que, por ley, pueda trabajar bajo la supervisión directa de un odontólogo.

15. Gastos ocasionados por la enseñanza de la higiene bucal, un programa de control de la placa, programas de control preventivo, incluidos los horarios de atención domiciliaria, instrucción alimentaria, duplicados de radiografías, exámenes de detección de cáncer, asesoramiento sobre el tabaco.

16. Los servicios administrativos de la consulta odontológica incluyen, entre otros: la preparación de reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea de tratamiento, como la provisión de un entorno antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el curso rutinario de la prestación del tratamiento, como bastoncillos de algodón, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación, como la música.

17. Procedimientos con un pronóstico dudoso basado en la revisión profesional de la documentación presentada por un consultor dental.

18. Los impuestos establecidos (o incurridos) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con las tarifas cobrada por los beneficios proporcionados bajo el plan, será responsabilidad del miembro y no un beneficio cubierto.

19. Deducibles, cantidades que superen los máximos del plan o cualquier servicio no cubierto por el plan odontológico.

20. Servicios cubiertos por el plan odontológico, pero que superan las limitaciones de los beneficios o no se ajustan a las políticas de procesamiento vigentes al momento del procesamiento de la reclamación.

21. Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de la maloclusión de dientes o mandíbulas), salvo lo dispuesto en la sección Servicios de ortodoncia, si corresponde.

22. Servicios para alteraciones de las Articulaciones Temporomandibulares (ATM) (mandíbula) o de la musculatura, los nervios y otros tejidos asociados, salvo lo dispuesto en la sección de Beneficios de ATM, si corresponde.

23. Servicios y suministros para beneficios alternativos (servicios opcionales) que incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

24. Servicios y suministros para pruebas de vitalidad pulpar y series intraorales completas y película panorámica.

25. Consultas perdidas o canceladas.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una Sala de Emergencias, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en situaciones específicas**
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinan que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.		✓ Algunas coberturas limitadas proporcionadas a través de Mom's Meals NourishCare® como parte de los beneficios SSBCI.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes internados o externos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención odontológica de rutina, como empastes o prótesis dentales.	✓	
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los audífonos y las visitas de los proveedores para el mantenimiento de los audífonos (excepto los descritos específicamente entre los beneficios cubiertos), los moldes para oídos, los accesorios para audífonos, los gastos de reclamación de la garantía y las baterías para los audífonos (además de las 48 baterías gratuitas por cada audífono no recargable adquirido).	✓	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Marihuana medicinal o recreativa.	✓	
Honorarios administrativos o de asistencia del médico/proveedor.	✓	
Ayudas generales para vivir, como subvenciones para el alquiler, el gas, la electricidad y el agua.		✓ Algunas coberturas limitadas proporcionadas como parte de los beneficios SSBCI.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 149
Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 149
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 150

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 150
Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 150
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 151
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 152
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 153
Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan . 154

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 154
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 154
Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 156
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 156

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 156
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 156
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? 157
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 158

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 159
Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 159
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 160

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto? 162

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 163

Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año 163

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando? 163

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 165

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 165

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 167

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 167

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 167

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 167

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 167

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 168

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 169

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 169

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 170

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 170

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides 171

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 172

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo, se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, *Aspire Health Value* también cubre algunos medicamentos, según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).* Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

En la siguiente sección, se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos, siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona autorizada que le dé la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas; de lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le dé la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que estén cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (**www.aspirehealthplan.org**) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org**.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar un proveedor de farmacia de infusión a domicilio en su área. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio si sucede lo siguiente:
    - Su medicamento con receta está en el formulario de nuestro plan o se concedió una excepción al formulario para su medicamento con receta.
    - Su medicamento con receta no está cubierto de otro modo por el beneficio médico de nuestro plan.
    - Nuestro plan aprobó su receta para la terapia de infusión a domicilio.
    - Su receta está escrita por un proveedor autorizado.

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un "**NM**" en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida **un suministro de 90 días** para los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 6.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, póngase en contacto con MedImpact Direct al 888-495-3160 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Debe utilizar nuestros servicios de pedido por correo con receta. Los medicamentos con receta que obtenga a través de cualquier otro servicio de pedido por correo no están cubiertos. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a nuestra red, su receta no estará cubierta.

Por lo general, un pedido por correo de farmacia le llegará en no más de 21 días. Sin embargo, a veces, su pedido por correo puede retrasarse. Si por alguna razón su pedido de medicamentos del servicio de pedidos por correo se retrasa, siempre puede obtener una receta en una farmacia local de la red. Llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda con el proceso. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda con el proceso. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un **"NM"** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida un suministro de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezca un servicio de 24 horas.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que no se suele encontrar en una farmacia de la red accesible o de pedido por correo (incluidos los medicamentos exclusivos y de alto costo).

En estos casos, **primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo, y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien*, esté avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite 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 en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1: incluye medicamentos genéricos preferidos. Es el nivel más bajo de reparto de gastos.
- Nivel 2: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: incluye medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4: incluye medicamentos no preferidos.
- Nivel 5: incluye medicamentos de especialidad. Por lo general, se trata del nivel más alto de reparto de gastos.
- Nivel 6: incluye insulinas seleccionadas

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se incluye el monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (**www.aspirehealthplan.org**). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas normas para ayudar a que

nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo que ayuda a mantener la cobertura para estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y los reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y al costo compartido para medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberá seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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 en función de factores, como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no cubriremos un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico O ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca, O nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces, sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina "**tratamiento escalonado**".

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad de medicamento que usted puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta 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 acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en (**www.aspirehealthplan.org**).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberá seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que debe tomar, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no esté en nuestro Formulario o esté en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que pruebe primero con otro medicamento, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis (6) diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no esté en la Lista de medicamentos o cuando se limite de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que sean nuevos o que hayan estado en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

(Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo (LTC), y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

- Existen excepciones para los miembros que hayan experimentado un cambio en el nivel de atención que reciben y que les obligue a pasar de una instalación o centro de tratamiento a otro. Los miembros que sean admitidos o dados de alta de un centro de LTC podrán acceder a un resurtido en el momento del ingreso o del alta.

  A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que los miembros podrían acogerse a la excepción de cobertura temporal única cuando se encuentran fuera de la fecha de entrada en vigencia del plan de tres meses:

  - Si entra o sale de un centro de atención a largo plaza
  - Si le dan el alta del hospital
  - Si abandona un centro de atención de enfermería especializada
  - Si cancela el hospicio
  - Si le dan el alta de un hospital psiquiátrico con una medicación especializada

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. En las siguientes secciones, se detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si en la actualidad usted es miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos de nuestro nivel de especialidad (nivel 5) no pueden acogerse a este tipo de excepción. No disminuimos el monto del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir los cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
    - Quizás no le avisemos antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos**
    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un

medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. Debemos avisarle sobre el cambio con, al menos, 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a otro medicamento que cubramos.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente tomen ese medicamento: En el caso de los cambios en la Lista de medicamentos que no se describan anteriormente, si usted está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico ni a otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyen en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se

determine, mediante una apelación, que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido en la Parte D y que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre, según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Por lo general, la cobertura para un "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

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

- Medicamentos sin receta (también denominados "medicamentos de venta libre").
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubra el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada, reside en este o sale de él, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan y afiliarse a otro plan de Medicare).

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figure en nuestra Lista de medicamentos o que tenga algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 91 días o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**", quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no esté cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección, que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tengan más de un proveedor que les recete medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que con frecuencia se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Usted también tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o la enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, atención paliativa o atención de final de vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos creó el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos, que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos; también tiene lugar para que tome notas o escriba preguntas de seguimiento. Usted también obtendrá una lista personal de medicamentos, que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y la razón por la que los toma. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es aconsejable programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 176

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 176

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 177

SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 177

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Aspire Health Value*? 177

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 179

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D ("EOB de la Parte D") 179

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 180

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5 y nivel 6 181

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos de nivel 3, nivel 4, nivel 5 y nivel 6 181

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte 182

Sección 5.1 Lo que pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 182

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 183

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del mes completo 185

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por el suministro *a largo plazo* (90 días) de un medicamento 185

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430 187

SECCIÓN 6 Durante la etapa del Período sin cobertura, el plan proporciona cierto grado de cobertura para medicamentos..... 187

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050..... 187

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta..... 188

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 190

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año..... 190

SECCIÓN 8 Lo que usted pague por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga..... 191

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D y para el costo de la administración de la vacuna..... 191

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 193

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa de "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los seis "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.

  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la lista de medicamentos en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan**. En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **"deducible"** es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** es un porcentaje que usted paga del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Aspire Health Value*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta, según *Aspire Health Value*. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un

medicamento con receta o un resurtido. Tenga en cuenta que usted siempre debe pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** del nivel 3: medicamentos de marca preferidos, del nivel 4: medicamentos no preferidos, del nivel 5: medicamentos de especialidad, y del nivel 6: insulinas seleccionadas. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos de los niveles 3, 4, 5 y 6 ($480 es el importe de su deducible). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de nivel 3, 4, 5 y 6, y **usted paga su parte del costo.** Una vez que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de los niveles 3, 4, 5 y 6, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6, y usted paga su parte. Permanecerá en esta fase hasta que los **"costos totales de medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen un total de $4,430. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.
- Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces, se lo denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D, se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como cualquier cambio de porcentaje desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5 y nivel 6

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos de nivel 3, nivel 4, nivel 5 y nivel 6

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de $480 por los medicamentos de los niveles 3, 4, 5 y 6. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4, 5 y 6** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $480 por sus medicamentos de nivel 3, 4, 5 y 6, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte

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

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

El plan tiene seis (6) niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1: incluye medicamentos genéricos preferidos. Es el nivel más bajo de reparto de gastos.
- Nivel 2: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: incluye medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4: incluye medicamentos no preferidos.
- Nivel 5: incluye medicamentos de especialidad. Por lo general, se trata del nivel más alto de reparto de gastos.
- Nivel 6: incluye insulinas seleccionadas

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted pague por un medicamento se determina, según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

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

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

- El **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** es un porcentaje que usted paga del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que esté su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

	Costo compartido de los minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro para hasta 90 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (*Medicamentos genéricos preferidos*)	$9 de copago	$18 de copago	$9 de copago	$9 de copago
Nivel 2 de costo compartido (*Medicamentos genéricos*)	$18 de copago	$36 de copago	$18 de copago	$18 de copago
Nivel 3 de costo compartido (*Medicamentos de marca preferidos*)	$47 de copago	$94 de copago	$47 de copago	$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (*Medicamentos no preferidos*)	$100 de copago	$200 de copago	$100 de copago	$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (*Medicamentos de especialidad)*	25% de coseguro	No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 5	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (*Insulinas seleccionadas*)	$11 de copago	$22 de copago	$11 de copago	$11 de copago

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, usted desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que pague al obtener un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted debe pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si usted debe realizar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
    - A continuación, presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por el suministro *a largo plazo* (90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro

a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga al obtener el suministro de un medicamento a largo plazo para 90 días.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto del copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.

La parte que le corresponde pagar del costo al obtener un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (*Medicamentos genéricos preferidos*)	$27 de copago	$18 de copago
Nivel 2 de costo compartido (*Medicamentos genéricos*)	$54 de copago	$36 de copago
Nivel 3 de costo compartido (*Medicamentos de marca preferidos)*	$141 de copago	$94 de copago
Nivel 4 de costo compartido (*Medicamentos no preferidos*)	$300 de copago	$200 de copago
Nivel 5 de costo compartido (*Medicamentos de especialidad*)	No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 5	No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 5
Nivel 6 de costo compartido (*Insulinas seleccionadas*)	$33 de copago	$22 de copago

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
  - Los $480 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2022, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviemos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,430 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,430. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa del Período sin cobertura, el plan proporciona cierto grado de cobertura para medicamentos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en

cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga, que lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2022, el monto es de $7,050.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de $7,050 que paga de su bolsillo, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Estas son las normas de Medicare que debemos cumplir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **<u>puede incluir</u>** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de afiliarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- El monto que pague por su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que, normalmente, no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentre en la Etapa del período sin cobertura.

- Pagos de sus medicamentos que realicen planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviemos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

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

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado los $7,050 en el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o el copago, el monto que sea *mayor*:
    - coseguro del 5% del costo del medicamento;
    - *o* $3,95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se la denomina “colocación” de la vacuna).

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

Lo que usted pague por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtenga la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de su administración. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o le administren la vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, aquí exponemos tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible y la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces, podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted haya pagado, menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrarán.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.

- Se le reembolsará el monto que le haya cobrado el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que llame primero a Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde pagar del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de la red.
- Si no puede acudir a un proveedor o a una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 196

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso 196

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 198

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 198

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 199

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 199

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o de la atención médica, usted puede presentar una apelación 200

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 200

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 200

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más del monto que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted solo debe pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos corresponde.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (en la que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. ("Retroactiva" significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Llame a Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en muy pocos casos especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**www.aspirehealthplan.org**) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

Aspire Health Plan
P.O. Box 5490
Salem, OR 97304

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe cumplir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe cumplir para obtener medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Aquí hay dos situaciones en donde debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del período sin cobertura puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted está en la Etapa del deducible y la Etapa del período sin cobertura, posiblemente no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. Sin embargo, el envío de la copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando reciba un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba realizar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Como usted recibe el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de la copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 204

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sea el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 204

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 204

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 205

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 205

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 206

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 208

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 210

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos? 210

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 211

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 211

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 211

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sea el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). En esta Evidencia de cobertura o en este correo, se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para obtener más información.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, 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. We can also give you information in braille, 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).

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) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se brinda una explicación más amplia). Llame a Servicios para los miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). No es necesario que obtenga una derivación para acudir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Aspire Health Value*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del inglés y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los miembros y las Calificaciones de Estrellas del plan, incluida la forma en que este ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les 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 proveedores y farmacias*.
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en **www.aspirehealthplan.org.**
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe cumplir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos se cubren y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o 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 tiene cobertura para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más

información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que usted recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Poder decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el "**testamento vital**" y el "**poder de representación para la atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- Si queda internado en el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de California al (916) 558-1784 o TDD (800) 735-2929.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente 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 siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su 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 a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** En este folleto *Evidencia de cobertura* obtendrá información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que se cubre, lo que no se cubre, las normas que debe cumplir y lo que paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
    - Debemos cumplir con ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe pagar las primas del plan para continuar como miembro de nuestro plan.
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para poder seguir siendo miembros del plan.

  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, ni por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que pagar este monto directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando a un lugar que está fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede afiliarse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con algún plan en su nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes**. También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios en los que puede llamar a Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 218
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 218
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 218

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 219
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 219

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 219
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 219

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 220

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 220
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 220
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 222
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? 223

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 223
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención 223
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde la cobertura para atención médica que usted desea) 225
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 229
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2 233
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica? 235

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 236

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 236

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 238

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 241

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 241

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 245

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 248

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto 250

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 251

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 252

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 255

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1? 256

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 259

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 259

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura 260

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado 261

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado 263

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1? 264

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá 267

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 267

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 269

PRESENTAR QUEJAS 270

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 270

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 270

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. 273

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 273

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 274

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 275

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “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 se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular se cubren o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted debe usar para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al 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, siempre que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su

médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explica por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que se cubre y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 es evaluada por una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. En otras situaciones, usted tendrá que pedir una apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Desea obtener algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2. Para solicitar una apelación posterior al nivel 2, se debe designar a su médico como su representante.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar una apelación posterior al nivel 2, se debe designar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org**. El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no**

es obligatorio que contrate a un abogado para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una 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 con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene 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 sobre "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

En esta sección, se describen los beneficios que usted tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos*

(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto*.
   - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un CORF.

   Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que se interrumpirá la atención médica que ha estado recibiendo, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde la cobertura para atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"decisión acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura para atención médica que usted desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta 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 lo exige, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
    - **No obstante,** si está solicitando **un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas,

incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándar podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
  - En esa carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
  - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando

presente una queja rápida, le daremos una respuesta 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 72 horas (o, si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta 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 la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que usted quiere.

- Si decide apelar, significa que está avanzando 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 pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, apelará nuestra decisión, usted debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, en **www.aspirehealthplan.org.** Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso

por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos más información para sustentar su apelación.

Si su salud lo exige, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud exige una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos 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 utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos

tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta 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 para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente"**. Cuando hacemos 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 se realiza 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 nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

<u>Paso 1:</u> La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida 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 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "confirma 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 para atención médica que usted solicita debe cumplir con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 se rechaza, y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y le explicaremos en detalle las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar

de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.

- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
    - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
    - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
    - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura en su caso y si usted cumple con cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que usted obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
    - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la tabla que aparece a continuación para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o si necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que usted cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	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 de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces,

consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario"**.

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4 para los medicamentos de marca o nivel 2 para los medicamentos genéricos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago ni del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario"**.

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos son las siguientes:
     - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - *Que se obtenga la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
     - *Que se exija probar primero otro medicamento antes* de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").

- *Que haya limitaciones de la cantidad de medicamento.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad de medicamento que usted puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción al monto del copago o del coseguro que le exigimos por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponderá pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que le corresponde pagar del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel de especialidad (nivel 5).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente, pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La sección siguiente le indica cómo pedir 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> Nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles,

consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.* O bien, si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección denominada, *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** puede pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarnos las razones médicas de la excepción del medicamento que usted solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada"**.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos 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 su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándar podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
    - En esa carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que usted recibiría nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que hayamos recibido 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).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y, posiblemente, que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación"**.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener más detalles sobre cómo puede comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito**. También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono llamando al número que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena

razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden darnos más información para sustentar su apelación.

Si su salud lo exige, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida", que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige. Si cree que su salud lo exige, debe solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo exija su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará 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 decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una

agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que revise nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

Plazos para una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

Plazos para una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el 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** después de haber recibido su solicitud.
  - **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma 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 para el medicamento que usted solicita debe alcanzar una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 se rechaza, y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que las ingresan en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social o una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicará su fecha del alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de irse del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que usted se vaya del hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use los plazos "rápidos" de apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por

qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicarán en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

El nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o avanzar hacia el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación la revisa un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, usted puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo puede comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debería irse del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con que usted sigue necesitando la hospitalización después de la fecha del alta, y seguiremos prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente"**. Si hacemos esto, significa que usted avanzará *automáticamente* hacia el nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia una apelación de nivel 3, que la maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión, o avanzar hacia el nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección *solo* hace referencia a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para que un centro se considere "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación rápida"**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se denomina "**Aviso de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del Gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación rápida" (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted hace corresponde al "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que avanzará al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o avanzar hacia el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación la revisa un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, usted puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos para la apelación de nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo puede comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándar para darle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con que usted necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente"**. Si hacemos esto, significa que usted avanzará *automáticamente* hacia el nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

<u>Paso 1:</u> Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o avanzar hacia el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación la revisa un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y nivel 2, y ambas apelaciones han sido 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 avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. Estas personas manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el nivel 4. A diferencia de una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestarle el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito, también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza un monto en dólares determinado, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. Estas personas manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que usted ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que usted ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito, también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

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

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si quiere pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos ha pedido que tomemos una "decisión de cobertura rápida" o ha solicitado una "apelación rápida", y rechazamos su pedido, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para tomar una decisión de cobertura o darle la respuesta de una apelación, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no tomamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- En esta sección, una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**.
- Otro término para **“presentar una queja”** es **“interponer un reclamo”**.
- Otra forma de decir **“usar el proceso de quejas”** es **“usar el proceso para interponer un reclamo”**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará. Puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros al número de teléfono gratuito: 855-570-1600 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PT, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja, lo normal es que llame a Servicios para los miembros a los números de teléfono indicados arriba. Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito y nos la envía, le responderemos por escrito. La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar. Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato, pero la mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si presenta una reclamación acelerada porque le denegamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le concederemos automáticamente una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, 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 tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, se lo comunicaremos. La respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Value* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está ocupándose de su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 278
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 278

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 278
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 278
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 279
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 280
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 281

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 282
Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan... 282

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 283
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 283

SECCIÓN 5 *Aspire Health Value* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 284
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 284
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 285
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 285

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en *Aspire Health Value* puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en los que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según qué tipo de cobertura nueva elija. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero nos vemos obligados a hacerlo. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted dejará nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como "períodos de inscripción". Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura para salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Usted puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

    Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *Aspire Health Value* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **"Período de inscripción especial"**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
    - En general, cuando se muda.
    - Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
    - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
    - Si rompemos nuestro contrato con usted.
    - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
    - Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
    - **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2022*** (Medicare y Usted 2022).
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- *O bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en *Aspire Health Value* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en *Aspire Health Value* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en *Aspire Health Value* se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *Aspire Health Value,* es posible que pase algún tiempo antes de que se cancele su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo se cubren si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan suele cubrir su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Aspire Health Value* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Aspire Health Value **debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del 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, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Aspire Health Value no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 288

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 288

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 289

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen 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 de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

Aspire Health Plan:

- Proporcionar ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como, por ejemplo:
    - Intérpretes de lengua de signos cualificados
    - Información escrita en otros formatos (letra de tamaño grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
    - Intérpretes cualificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para los miembros de Aspire Health Plan.

Si cree que Aspire Health Plan no le prestó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Grievance Coordinator, Aspire Health Plan, 10 Ragsdale Dr. Suite 101, Monterey, CA 93940, teléfono: (855) 570-1600, TTY: 711, fax: (831) 657-0703, correo electrónico: **compliance@aspirehealthplan.org.** Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de quejas de Aspire Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509H, HHH Building
Washington DC 20211

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios para presentar quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, *Aspire Health Value*, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o 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 pedir una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros, en caso de que limite la membresía según dónde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el Formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (cuando lo decide usted) o involuntaria (cuando no es usted quien lo decide).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, y usted debe realizar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro para cada día cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto, para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos, tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el "requisito de costo que un miembro 'paga de su bolsillo'".

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, por ejemplo, ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre O costos que paga de su bolsillo para el año alcancen $4,430.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *Aspire Health Value*, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” ni que le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más 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 afección y cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso ha excluido específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura para medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE, o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Subsección 1.2 de la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D. Usted pagará este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, 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 mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan de Medicare con "pago por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos “Parte D”).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en un centro de atención a largo plazo (LTC) de forma permanente durante 90 días o más. Estos centros de LTC pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities [ICF/IID]); o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para que un plan de necesidades especiales institucional pueda prestar servicios a personas con Medicare que residan en centros de LTC, debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir personas elegibles que vivan en la comunidad, pero que requieran un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y la debe administrar una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que vivan en un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si fuera necesario para garantizar que se brinde una atención especializada uniforme.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será, generalmente, superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces, llamado "Parte C de Medicare". Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman "**planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**". Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura para salud o para medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse sano. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los Proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red de conformidad con el acuerdo que tiene con ellos o si ellos aceptan prestarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan, y que además no han firmado un contrato para prestarle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica que cubre el plan.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden prestarlos proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de servicios del centro son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

ASPIRE HEALTH PLAN

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-570-1600 (TTY: 711).

SPANISH ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

CHINESE 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711).

VIETNAMESE CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-570-1600 (TTY: 711).

TAGALOG PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-570-1600 (TTY: 711).

KOREAN 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-570-1600 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ARMENIAN ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-570-1600 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

FARSI توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما رایگان برای 1-855-570-1600 (TTY: 711) تماس بگیرید.

RUSSIAN ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-570-1600 (телетайп: 711).

JAPANESE 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-570-1600 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

ARABIC ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 558 075 0061. (رقم هاتف الصم والبكم : (117:YTT).

PANJABI ਧਆਿਨ ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਾਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-570-1600 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

MON-KHNER, CAMBODIA បុរយំតុនៃ បេីសិនជាអុនកនិយាយ ភាសាខុមរែ, សេវាជំនួយផុនែកភាសា ដោយមិនគិតឈុនួល គឺអាចមានសំរាបប់បំរេីអុនក។ ចូរ ទូរសំពុទ 1-855-570-1600 (TTY: 711)។

HMONG LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-570-1600 (TTY: 711).

HINDI ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-570-1600 (TTY: 711) पर कॉल करें।

THAI เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Servicios para los miembros de *Aspire Health Value*

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto algunos días feriados.
FAX	Local: (831) 574-4939 Llamada gratuita: (855) 519-5769
ESCRIBA A	Aspire Health Plan 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP (SHIP)

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	Local: (831) 655-1334 Llamada gratuita: (800) 434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Alliance On Aging, Inc. 247 Main Street Salinas, CA 93901
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

ASPIRE HEALTH PLAN

Su Medicare Advantage.
Planes todo-en-uno. Servicio excepcional. Excelente valor.

en colaboración con

MONTAGE Health

Salinas Valley Memorial Healthcare System

Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.

Estamos abiertos de 8 a.m. a 8. p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados).

Servicios a los miembros (855) 570-1600 (TTY:711)
10 Ragsdale Drive, Suite 101 | Monterey, CA 93940
www.aspirehealthplan.org