2024 Evidencia de Cobertura

Aspire Health ADVANTAGE (HMO)

ASPIRE HEALTH

PRESENTADO POR

MONTAGE Health

Salinas Valley HEALTH

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 2024.

H8764_MKT.001.EOC_2024_0823_C

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

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

Este documento 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 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al número gratuito (855) 570-1600 para obtener información adicional. (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). Esta llamada es gratuita.

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

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).

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

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- Su prima del plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H8764_MKT.001.EOC_2024_0823_C

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

Evidencia de cobertura de 2024

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de *Aspire Health Advantage* 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 19

SECCIÓN 1 Contactos de *Aspire Health Advantage* (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid) 31
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 34

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 35

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 44
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 45

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 50

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 51
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 53
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 136

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 140

SECCIÓN 1 Introducción 141
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 141
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan....145
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 147
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 149
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 152
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 155
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 156
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 157
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 159

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.* 162

SECCIÓN 1 Introducción 163
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 166
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 166
SECCIÓN 4 *Aspire Health Advantage* no tiene deducible 168
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 168
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura 174
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D 175

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga 175

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 178

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 179

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 181

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 182

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 183

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 184

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 191

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 193

SECCIÓN 1 Introducción 194

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 194

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 195

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 196

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 200

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 208

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor lo está dando de alta demasiado pronto 218

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 226

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 233

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 236

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 240

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 241

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 241

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....244
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan.....245
SECCIÓN 5 *Aspire Health Advantage* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 245

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 247
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....248
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....248
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 249

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 250

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *Aspire Health Advantage*, una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos con receta a través de nuestro plan, *Aspire Health Advantage*. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

Aspire Health Advantage 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 documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

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

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 documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Aspire Health Advantage* 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 Advantage* entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

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 Advantage* después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Aspire Health Advantage* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año 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 tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para *Aspire Health Advantage*

Aspire Health Advantage 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, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare 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.

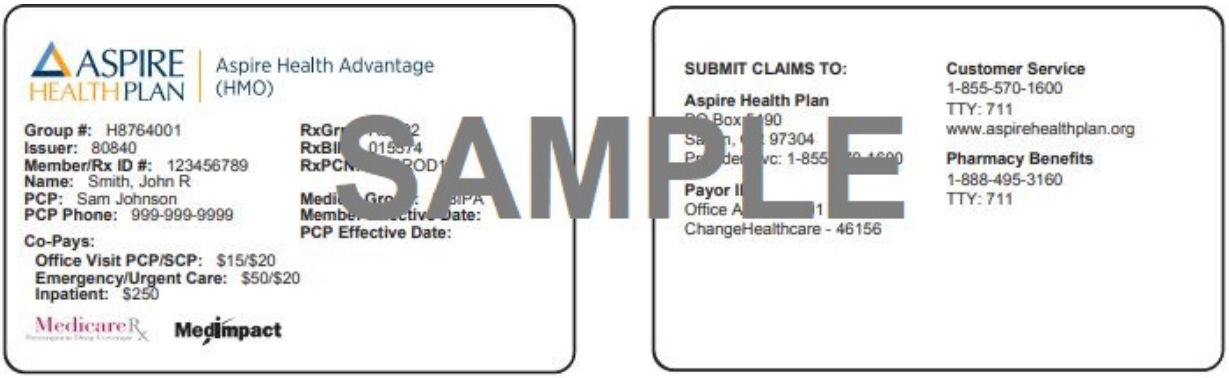
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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 Advantage* si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *Aspire Health Advantage* debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía 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 deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía 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 Advantage,* 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 clínica aprobados por Medicare, también denominados “ensayos clínicos”.

Si la tarjeta de membresía 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.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

Debe utilizar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que *Aspire Health Advantage* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web **www.aspirehealthplan.org**.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los miembros. Las solicitudes de directorios de *proveedores y farmacias* en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

En el directorio de farmacias figuran las farmacias de nuestra 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. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, **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 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

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 Advantage.* El plan, con la colaboración de un equipo de doctores 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" de *Aspire Health Advantage*.

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.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de *Aspire Health Advantage*

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de los beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

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 folleto 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 folleto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene alguna duda sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024) la sección titulada *2024 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2024). Si necesita una copia, puede descargarla 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), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de *Aspire Health Advantage* será de $142.00.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Prima de los beneficios complementarios opcionales

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. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles.
Para 2024, la prima mensual de Beneficios ampliados, Opción C de *Aspire Health Advantage* será de $43.00.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura 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 para 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. Cuando se inscribe por primera vez en *Aspire Health Advantage*, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, 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 une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
        - **Nota:** 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.

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, la cantidad promedio de la prima será de $34.70.
- 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 $34.70, lo que equivale a $4.858. Esto se redondea en $4.90. Esta cantidad 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 a 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.
- 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 <u>menos</u> de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará 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.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. 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. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocida como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida 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 pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si la cantidad de su cheque de beneficios no cubre la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar una cantidad adicional, 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen cuatro formas de pagar la prima del plan.

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 documento).

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 mediante transferencia electrónica automática de fondos. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento).

Opción 3: 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 documento).

Opción 4: 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 documento). 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.

Puede cambiar la forma en que paga su prima del plan. Si decide cambiar la opción para pagar su prima del plan, 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 del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento).

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 se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe 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 averiguar si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Medicare Original le brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, 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 de la cantidad que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de haber quejas, volveremos a considerar nuestra decisión. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos 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 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite modificar la cantidad 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 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan

Su registro de membresía 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 doctores, 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 membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y las cantidades 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 o pareja de hecho, 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. (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicios para los miembros.

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.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

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. 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.

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. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su doctor, hospital y farmacia.

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 primario 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 o pareja de hecho 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.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

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

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 Advantage.* 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. 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) 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. 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)
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 o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o 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 solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o 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 atención médica: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
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**

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**

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
FAX	Local: (831) 920-5903 Llamada gratuita: (855) 519-5769

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Aspire Health Plan Attn: Appeals & Grievances Department 10 Ragsdale Drive, Suite 101 Monterey, CA 93940
SITIO WEB	**www.aspirehealthplan.org**

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.
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 comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. 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 o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
FAX	Local: (831) 920-5903 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 Advantage* 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

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de 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. 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)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
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 mayores de 65 años, 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", del inglés Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia tiene 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. Durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para 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, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** 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 Advantage*: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Advantage* 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 y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, 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 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de la Tercera Edad de California.

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud del Departamento de la Tercera Edad de California, o HICAP, es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) 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 de Salud del Departamento de la Tercera Edad de California, o HICAP, 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 de Salud 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 *https://www.shiphelp.org* (haga clic en LOCALIZADOR DE ENVÍOS en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a 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: 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.

Método	El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos del Departamento de la Tercera Edad de California o HICAP: información de contacto
ESCRIBA A	Alliance On Aging, Inc. 247 Main Street Salinas, CA 93901
SITIO WEB	https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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 doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden 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: información de contacto
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.

Método	Livanta, la Organización para la mejora de la calidad de California: información de contacto
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 mayores de 65 años, 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 una cantidad adicional por la cobertura de 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 la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, 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 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

Método	Seguro Social: información de contacto
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)

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.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de 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 de 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 Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) (Medi-Cal).

Método	Departamento de Servicios de Atención Médica 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

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

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.

Si usted reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare en forma automática, le enviaremos una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede obtener "Ayuda adicional" para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien 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 cuenta con un proceso para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- 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 abonar 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 una cantidad 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.

¿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.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina de ADAP al 831-975-5016 para obtener más información.

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 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. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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 durante las 24 horas del día, 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 o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) 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 o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). 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 o pareja de hecho), 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.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de 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?

- Los **proveedores** son los doctores 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 doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y la cantidad 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 suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

Aspire Health Advantage 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 documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **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). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *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 atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro 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 doctor 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 o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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 doctor 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 doctores 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 1.3 del Capítulo 8 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:

- Doctores de familia
- Doctores generales
- Doctores 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 documento). 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 membresía 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 membresía 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 remisión de su PCP?

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 proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.

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

El especialista es un doctor 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 cardiacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Nuestro plan no requiere que usted obtenga una remisión para ver a un especialista; sin embargo, algunos especialistas requerirán una remisión de su PCP antes de su consulta. 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 doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su doctor 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 doctores y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para continuar su atención.
- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo no se interrumpan.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto que sea médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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.

Tenga en cuenta lo siguiente: El proveedor fuera de la red debe ser elegible para participar en Medicare. Esto significa que el proveedor no está en la lista de exclusión de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG), en la lista de preclusión de Medicare o en la lista de exclusión voluntaria de Medicare, en la fecha en que usted recibe los servicios. No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

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 documento).

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 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 (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o que sufra la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. 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. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- **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 membresía.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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. También cubrimos los servicios médicos provistos durante la emergencia.

Los doctores 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. Sus doctores continuarán tratándolo hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. 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 doctor 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 doctor 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 esta atención 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?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia pueden ser: i) un fuerte dolor de garganta que se produzca durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

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.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

- El doctor 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 recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al 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?

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 del costo compartido de su plan 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 usted recibió por concepto de 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 Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de estos.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba 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 la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

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 *ensayo clínico*) es una manera que tienen los doctores y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre este y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. 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, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. 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 desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *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. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (National Coverage Determinations, NCD) y en los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para personas inscritas en Medicare Advantage por Medicare

Original, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

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, Medicare Original cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, 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.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad de costo compartido que ha pagado. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

> *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 Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 exigido por Medicare Original. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación tal como la factura del proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto será de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar a este documentación tal como la factura del proveedor.

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 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?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención 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 hospitalizados o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *– y –* 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 hospitalizados 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 (Durable Medical Equipment, 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 posee ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. No obstante, como miembro de *Aspire Health Advantage,* generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte de este. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, *Aspire Health Advantage* 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 Advantage* o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al propietario.

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

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

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

Este capítulo incluye 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 Advantage*. 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 comprender la información de pago que le proporcionamos 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 una cantidad fija 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 usted paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga 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 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima 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 a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en la Parte A y Parte B de Medicare. Este límite se denomina cantidad máxima que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket Amount, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta cantidad será de $3,800.

Las cantidades que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima que paga de su bolsillo. Las cantidades que paga por sus primas del plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si llega a la cantidad

máxima que paga de su bolsillo de $3,800, 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 Advantage*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde de la cantidad del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección 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 esa cantidad 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, o para emergencias o servicios de urgencia).
    - Si recibe 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, para emergencias, o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

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 Advantage* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. 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, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- 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, salvo que se trate de una atención de urgencia o emergencia o que su proveedor le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- 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 doctor 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, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima 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 Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, 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 consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, 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 cardiaca crónica
    - Diabetes
    - Enfermedad renal terminal (ESRD)
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
    - Trastornos neurológicos
    - Trastornos cardiovasculares
    - Hipertensión
    - Enfermedad renal crónica

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 más abajo.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente cuáles son los beneficios a los que podría acceder.

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 remisión de parte de su doctor, 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: • Consulta para acupuntura (hasta 6 consultas al año)	Usted paga un copago de $10 por cada consulta*.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico 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 lumbar crónico 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; y • No está relacionado con un embarazo. 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 doctores (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros profesionales (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 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para cada consulta 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 el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, 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 de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, en situaciones que son o no de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda 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. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar 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 cada viaje de ida en transporte terrestre. Usted paga un coseguro del 20% para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje sencillo en transporte aéreo. El costo compartido no queda exento si lo ingresan al hospital por la misma afección.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y 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 por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.
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 doctor.	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 mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardiaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	Usted paga un copago de $15 por cada consulta de servicio de rehabilitación cardiaca cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor 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.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de 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 cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Consultas rutinarias al quiropráctico (hasta 6 consultas 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. **Nota:** No cubrimos resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas, ultrasonidos, compresas calientes/frías, controles de la presión arterial, equipos médicos duraderos, recetas, acupuntura, suplementos dietarios, visitas al consultorio/exámenes, fisioterapia, 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.	Usted paga un copago de $10 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $10 de copago por cada consulta quiropráctica de rutina hasta 6 consultas al año*.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presenten un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto para los enemas de bario, a los que se aplica un coseguro. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted debe pagar un copago de $60.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 meses. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 meses. • Enema de bario como una alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo a los 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten alto riesgo y sean mayores de 45 años. Al menos una vez 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte fundamental del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios odontológicos de diagnóstico y prevención • 2 exámenes orales por año calendario, limitados a los siguientes códigos: D0120, D0140, D0150, D0160 o D0180 • 2 limpiezas por año calendario, limitadas al siguiente código: D1110 Servicios odontológicos de diagnóstico y prevención • 1 juego de 2 radiografías de aleta de mordida por año calendario, limitado a los siguientes códigos: D0270 o D0272 Los servicios odontológicos de diagnóstico y prevención están limitados a la red Delta Dental Medicare Advantage para Aspire Health Plan en el condado de Monterey, California.	Usted paga un copago de $25 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare. Usted paga un copago de $0 por cada servicio odontológico preventivo.
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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	Usted paga un copago de $0 por los servicios 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 obtenidos a través de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D 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 (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, 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 Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja 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 **www.aspirehealthplan.org**.	***Se requiere autorización previa para los equipos médicos duraderos que cuestan más de $500.*** Usted paga un coseguro del 20% por cada equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% por fecha de servicio. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en *Aspire Health Advantage* había realizado el pago de 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en *Aspire Health Advantage* es un coseguro del 20%.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), 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. ***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 doctor 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.	Usted paga un copago de $90 por cada consulta 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. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado 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 hospitalizado fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de preparación física One Pass™ es un programa de acondicionamiento físico que les permite a los miembros mantenerse activos física, mental y socialmente. El programa incluye el acceso a una red de gimnasios participantes, un kit de acondicionamiento físico para el hogar y contenidos digitales a la carta y en directo. Los miembros también tienen acceso a BrainHQ, un programa cognitivo personalizado en línea para mejorar aspectos de la cognición, como pensar más rápido, concentrarse mejor y recordar más.	Usted paga un copago de $0 por el beneficio de acondicionamiento físico.
Programas educativos sobre salud y bienestar El programa de asesoramiento de salud permite a los miembros participar a su conveniencia en un programa de educación sanitaria y cambio de estilo de vida. El programa de asesoramiento ofrece apoyo para la prediabetes, el cuidado de la espalda y el control del peso, además de la diabetes, la hiperlipidemia, la hipertensión y las enfermedades cardiacas. Los entrenadores de salud son profesionales sanitarios certificados con conocimientos en gestión de enfermedades crónicas y marcos de cambio de estilo de vida. 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 materiales impresos, remisiones a recursos comunitarios e información sobre programas y servicios pertinentes. El programa de asesoramiento en salud ayuda a los miembros a adquirir los conocimientos, las habilidades, las herramientas y la confianza para alcanzar los objetivos de salud que ellos mismos se han fijado.	Usted paga un copago de $0 por el programa de asesoramiento 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 doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga un copago de $25 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 doctor 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 paga un copago de $0 para los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). 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.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa y tratamiento escalonado*** Usted paga un coseguro del 0% al 20% por cada servicio de tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor 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. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El doctor 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.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original y no *Aspire Health Advantage*. 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) Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, deberá continuar pagando las primas del plan. 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: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el 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 Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. 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 y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará la cantidad 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 (Medicare Original). Para los servicios cubiertos por *Aspire Health Advantage,* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *Aspire Health Advantage* 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 la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. 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.	
Vacunas 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 un 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado. 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 hospitalizado y finaliza luego de que no haya recibido ningún tipo de atención en régimen de hospitalización (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. 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.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Por cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1-6: copago de $250 por día Días 7-90: copago de $0 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 para pacientes hospitalizados (continuación) • 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 hospitalizados. • 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 en 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 Medicare Original. Si *Aspire Health Advantage* 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 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, 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.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, 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 hospitalizado o 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Consulta 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 (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 hospitalizado y finaliza luego de que no haya recibido ningún tipo de atención en régimen de hospitalización (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 1-6: copago de $250 por día Días 7-90: copago de $0 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 hospitalizados 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 (Skilled Nursing Facility, 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 dentales) 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 un copago de $0 por cada consulta con un PCP cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $25 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $15 por cada consulta para fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional para los servicios cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $10 por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga un copago de $60 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)	Usted paga un copago de $150 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 dispositivo prostético/ortopédico 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 doctor. 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 o Medicare Original) 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 doctor. Un doctor 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original 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 doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros 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 una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • 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.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa y tratamiento escalonado*** Usted paga un coseguro del 0% al 20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. El coseguro cubre la administración del medicamento por parte de un clínico calificado, el medicamento mismo, así como el tiempo de observación después de la administración del medicamento. Usted paga un coseguro del 0% al 20% por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare por día. El costo compartido de la insulina está sujeto a un coseguro máximo de $35 por el suministro de insulina para un mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.aspirehealthplan.org/drug-coverage/ Nota: Determinados medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, incluidos los que están en las siguientes categorías o para tratar las afecciones que se enumeran a continuación: • **Agentes antiamiloides** *(enfermedad de Alzheimer)* • **Agentes para la densidad ósea** *(osteoporosis)* • **Corticosteroides intraarticulares** (*osteoartritis de rodilla)* • **Ácidos hialurónicos/Viscosuplementos** *(osteoartritis de rodilla)* • **Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF)** *(trastornos oftálmicos)* • **Agentes para la esclerosis múltiple, infusión** • **Productos de infliximab** • **Productos de rituximab** También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar 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 doctor 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 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 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 con medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT). • Suministro 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.	Usted paga un coseguro del 0% al 20% 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 un copago de $15 por cada consulta de terapia individual y grupal cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $15 por cada consulta de asesoramiento por abuso de sustancias cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $10 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, 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 un copago de $10 por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga un copago de $60 por cada servicio de radiología de diagnóstico general cubierto por Medicare, incluidas las ecografías. Usted paga un copago de $150 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 hospitalizado 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 doctor 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 hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga un copago de $275 por día para los servicios de observación cubiertos por Medicare en centros cubiertos por Medicare y en 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 doctor 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 hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades 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 hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Usted paga un copago de $60 por cada colonoscopia de diagnóstico, procedimiento quirúrgico de endoscopia y servicio de cuidado de heridas cubiertos por Medicare en los centros hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios de la red. Usted paga un copago de $275 por fecha de servicio para otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $275 por día para los servicios de observación cubiertos por Medicare en centros cubiertos por Medicare y en centros quirúrgicos ambulatorios. Usted paga un coseguro del 0% al 20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. El coseguro cubre la administración del medicamento por parte de un clínico calificado, el medicamento mismo, así como el tiempo de observación después de la administración del medicamento.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	Usted paga un coseguro del 0% al 20% por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare por día. Usted paga un copago de $90 por cada consulta 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. Usted paga un copago de $10 por cada prueba diagnóstica y procedimiento cubierto por Medicare, servicio de laboratorio, radiografía ambulatoria. Usted paga un copago de $60 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
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	Usted paga un copago de $150 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.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero profesional (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado, según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Usted paga un copago de $15 por cada consulta 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 un copago de $15 por cada consulta de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	Usted paga un copago de $15 por cada consulta de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.
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 hospitalizado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades 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 un copago de $60 por cada colonoscopia de diagnóstico, procedimiento quirúrgico de endoscopia y servicio de cuidado de heridas cubiertos por Medicare en los centros hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios de la red. Usted paga un copago de $275 por fecha de servicio para otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $275 por día para los servicios de observación en centros cubiertos por Medicare y en centros quirúrgicos ambulatorios.

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 (continuación)	Usted paga un coseguro del 0% al 20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. El coseguro cubre la administración del medicamento por parte de un clínico calificado, el medicamento mismo, así como el tiempo de observación después de la administración del medicamento. Usted paga un coseguro del 0% al 20% por cada tratamiento de quimioterapia para pacientes externos cubierto por Medicare por día.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Artículos de venta libre (OTC) (complementario) Su cobertura incluye artículos de salud de venta libre (Over-the-Counter, OTC) sin receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado y artículos de primeros auxilios, cuando se piden a través del catálogo de productos OTC 2024. Para acceder a este beneficio, debe hacer su pedido a través del catálogo de productos OTC 2024.	Usted paga un copago de $0. Dispone de $30 por trimestre (3 meses) para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan.
Puede pedir de las siguientes maneras: • En línea, visite **https://www.AspireHealthPlanOTC.org**. • Por correo: complete y envíe el formulario de pedido de productos OTC del catálogo de productos OTC. • Por teléfono: llame a un defensor de OTC al número gratuito (855) 657-7546 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Los períodos de beneficios trimestrales de OTC son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre. Los pedidos deben recibirse antes de la medianoche (EST) del último día del trimestre (3/31, 6/30, 9/30 y 12/31). Consulte su catálogo de productos OTC 2024 para obtener una lista completa de los artículos OTC aprobados por el plan o llame a un defensor de OTC para obtener más información. No se cubrirán los artículos adquiridos fuera del catálogo de productos OTC 2024.	Si no utiliza toda la cantidad de beneficio trimestral de OTC, el saldo restante no se transferirá al trimestre siguiente. Asegúrese de gastar la cantidad de beneficio de OTC no utilizada antes de que finalice el año, ya que caducará el 31 de diciembre del año de beneficios. Los gastos de envío son gratuitos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos 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 doctor o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de salud (mental) conductual activo, suministrado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro médico federalmente calificado o una clínica médica rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor o del terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **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 un copago de $30 por los servicios cubiertos por Medicare por día.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de doctores o profesionales, incluidas visitas al consultorio del doctor 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 doctor lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet), incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un doctor o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) 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 (Atención médica por teléfono o internet) para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	Usted paga un copago de $0 por cada consulta presencial al doctor de atención primaria. Usted paga un copago de $25 por cada consulta presencial con un especialista. Usted paga un copago de $0 por cada consulta presencial a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 por cada consulta al doctor de atención primaria que se preste a través de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet). Usted paga un copago de $0 por cada consulta al doctor especialista realizada a través de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet). Usted paga un copago de $0 por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare que se preste a través de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Servicios de doctores o profesionales, incluidas visitas al consultorio del doctor (continuación)
• Servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
  o Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)
  o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet)
  o Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias
• Servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor **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	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Servicios de doctores o profesionales, incluidas visitas al consultorio del doctor (continuación)
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
• Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor 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 doctor tenga con otros doctores 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 doctor).	

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 un copago de $25 por cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, 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.
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 prótesis/suministros médicos que cuestan más de $500.*** Usted paga un coseguro del 20% por cada dispositivo protésico cubierto por Medicare.
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 doctor que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted paga un copago de $15 por cada consulta con un servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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) brindadas por un doctor 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.
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 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 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 doctor 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.	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 cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) *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 doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor 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.	
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 dos sesiones individuales y presenciales intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir 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 doctor.	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 doctor, 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, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (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 más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Usted paga un coseguro del 20% por diálisis renal cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 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 (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, 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 hospitalizado y finaliza luego de que no haya recibido ningún tipo de atención en régimen de hospitalización (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).	***Pueden aplicarse normas de autorización previa*** Días 1-20: copago de $0 por día Días 21-100: copago de $100 por día

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, 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. • 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 doctores 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 las cantidades 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 o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.
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 o Meals on Wheels, 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.	***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
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del doctor responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con 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 doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante 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.	Usted paga un copago de $0 por cada consulta para tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte Los servicios de transporte de rutina están cubiertos hasta doce (12) viajes sencillos por año calendario a citas de rutina dentro de la red. Tenga en cuenta lo siguiente: El objetivo principal del beneficio de transporte es proporcionar transporte no urgente para servicios de rutina y médicamente necesarios. Se permite un acompañante por viaje (de 18 años como mínimo). Proporcionamos transporte en sociedad con ITN Monterey County y Freedom Medical Transportation cuando es médicamente apropiado. Las reservas de transporte se basan en la disponibilidad de conductores y pueden ser limitadas en algunas zonas del condado. Los viajes se deben solicitar con al menos 72 horas hábiles de antelación. Exclusiones del beneficio de transporte: Viajes a proveedores fuera de la red. Viajes a destinos no médicos, como tiendas de comestibles, farmacias o centros para personas de edad avanzada. Viajes al departamento de emergencias de cualquier hospital. Los conductores no reciben capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911.	***Se aplican las normas de autorización previa*** Usted paga un copago de $0 por los servicios cubiertos. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cómo utilizar este servicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red de forma inmediata, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos y médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica; o, dadas las circunstancias, no es razonable que pueda obtener de forma inmediata atención médica de un proveedor dentro de la red. 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. ***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 doctor 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.	Usted paga un copago de $0 por cada consulta presencial a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted paga un copago de $0 por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare que se preste a través de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de doctores 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. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	Usted paga un copago de $25 por cada examen cubierto por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de afecciones oculares (incluida la revisión anual de glaucoma).
• 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 mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. • 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 ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Usted paga un copago de $0 por anteojos o lentes de contacto estándar médicamente necesarios después de una cirugía de cataratas ***(se requiere autorización previa)***.
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 doctor 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 Medicare Original y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales son denominados **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 agregar los Beneficios ampliados, Opción C al plan en el que se inscribe. Si selecciona los Beneficios ampliados, Opción C, deberá pagar una prima adicional de $43.00 al mes. Esto se suma a la prima mensual del plan de *Aspire Health Advantage*.
   - 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 agregar 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 agregar 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 Advantage* solamente y ya no tendrá los Beneficios ampliados incluidos en la cobertura de su plan.
4. **Cantidades que paga por los copagos de los Beneficios ampliados**
   - Las cantidades que paga por los copagos de los Beneficios ampliados no cuentan para la cantidad máxima 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 C	
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 $43.00 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual del plan de $142.00. Este beneficio complementario opcional no tiene un deducible.
Beneficios odontológicos^: **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 C	
<u>Beneficios de anteojos^:</u> Los servicios oftalmológicos de rutina dentro de la red están disponibles a través de los proveedores de la red Vision Services Plan (VSP) Advantage. Examen ocular de rutina • Un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la refracción, por año calendario Dispositivos para la vista de rutina • Los dispositivos para la vista de rutina están cubiertos cada año calendario según se indica a continuación Las lentes incluyen lo siguiente: • Lentes con receta básicas monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea y lenticulares • Las lentes progresivas estándar están cubiertas • Las actualizaciones adicionales no están cubiertas Monturas: • Subsidio de $150.00 Las lentes de contacto (en lugar de las lentes y las monturas) incluyen: • Materiales y servicios de lentes de contacto con receta (ajuste y evaluación) * Los costos de su bolsillo por los servicios oftalmológicos de rutina no se tienen en cuenta para la cantidad máxima del plan que paga de su bolsillo. ^ Los beneficios de anteojos se limitan a los proveedores de la red Vision Services Plan (VSP) Advantage. 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 paga un copago de $10 por cada examen ocular de rutina*. Usted paga un copago de $25 por los materiales de los anteojos: (monturas, lentes o lentillas)*. En lugar de anteojos (lentes y montura), las lentes de contacto visualmente necesarias están cubiertas en su totalidad para determinadas afecciones después del copago de $25 para anteojos.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados: Opción C	
Examen de audición: 1 examen auditivo rutinario al año	Usted paga un copago de $20 por el examen*.
Audífonos: Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced (copago de $599) y Premium (copago de $899) de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores y 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 consultas 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 • Consultas 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 un copago de $599 por cada audífono Advanced*. Usted paga un copago de $899 por cada audífono Premium*. *Los copagos de los exámenes auditivos de rutina y de los audífonos no están sujetos a la cantidad máxima 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 C	
<u>Beneficio de servicios de transporte de rutina:</u> Hasta diez (10) viajes sencillos adicionales por año calendario a citas de rutina dentro de la red. Tenga en cuenta lo siguiente: El objetivo principal del beneficio de transporte es proporcionar transporte no urgente para servicios de rutina y médicamente necesarios. Se permite un acompañante por viaje (de 18 años como mínimo). Proporcionamos transporte en sociedad con ITN Monterey County y Freedom Medical Transportation cuando es médicamente apropiado. Las reservas de transporte se basan en la disponibilidad de conductores y pueden ser limitadas en algunas zonas del condado. Los viajes se deben solicitar con al menos 72 horas hábiles de antelación. Exclusiones del beneficio de transporte: Viajes a proveedores fuera de la red. Viajes a destinos no médicos, como tiendas de comestibles, farmacias o centros para personas de edad avanzada. Viajes al departamento de emergencias de cualquier hospital. Los conductores no reciben capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911.	Usted paga un copago de $0 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.

Beneficios opcionales (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios ampliados: Opción C	
Beneficio de comidas^: 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 doctor 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 paga un copago de $0 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 C del paquete opcional 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.
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 cantidad por estos conceptos que supere ese límite será responsabilidad del miembro.
7. Tintes, excepto los que se contemplan específicamente.
8. Dos pares de anteojos en lugar de los bifocales.
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 (Opción C): resumen de los beneficios de Delta Dental

$1,000 máximo por año

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 para el paquete de la Opción C.

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	compuesto a base de resina: una superficie, anterior	Básico	20%
D2331	compuesto a base de resina: dos superficies, anterior	Básico	20%
D2332	compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	Básico	20%
D2335	compuesto a base de resina: cuatro o más superficies (anterior)	Básico	20%
D2390	corona de compuesto a base de resina, anterior	Básico	20%
D2391	compuesto a base de resina: una superficie, posterior	Básico	20%
D2392	compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	Básico	20%
D2393	compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	Básico	20%
D2394	compuesto 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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%
D2976	estabilización con banda: por diente	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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%
D6105	extracción del cuerpo del implante que no requiera la extracción del hueso o la elevación del colgajo	Básico	20%
D6197	sustitución del material de restauración utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis atornillada sobre implante, por implante	Básico	20%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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 del dolor dental: por consulta	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 doctor que no sea el solicitante	Básico	20%
D9999	procedimiento complementario no especificado, por informe	Básico	20%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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 compuesto a base de resina (indirecta)	Mayor	50%
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%
D2784	biopsia escisional de las glándulas salivales menores	Mayor	50%
D2783	corona: 3/4 de porcelana/cerámica	Mayor	50%
D2790	corona: completa de metal muy noble fundido	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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: consulta 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: consulta 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%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio	Mayor	50%
D4267	regeneración tisular guiada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio	Mayor	50%
D4268	procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
D4286	extirpación de la barrera no reabsorbible	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 periodontales completos en la siguiente consulta	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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%
D6089	acceso y reajuste de implante flojo: por implante	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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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: compuesto indirecto a base de resina	Mayor	50%
D6210	póntico: metal muy noble fundido	Mayor	50%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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: compuesto 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%
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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
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%
D7284	biopsia escisional de las glándulas salivales menores	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%

Código	Descripción	Categoría del beneficio	Coseguro del miembro
D7920	injerto de piel (identificación del defecto cubierto, la ubicación y el tipo de injerto)	Mayor	50%
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%

Limitaciones de los beneficios odontológicos (incluidas en la Opción C del paquete opcional de Beneficios ampliados)

1. Limitaciones de examen y limpieza:
    a. Pagaremos los exámenes bucales (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 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 de especialización, 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 están limitadas a una vez en la vida por odontólogo y cuentan para la frecuencia de los exámenes orales.
4. No cubriremos la sustitución de una amalgama o de restauraciones de compuesto a 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. La apexificación solo se beneficia en los dientes permanentes con un desarrollo incompleto del conducto radicular o para la reparación de una perforación. Las consultas para apexificación tienen un límite de por vida por diente de una (1) consulta inicial, una (1) consulta intermedia y una (1) consulta final.
8. 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.
9. El retratamiento de la cirugía apical por el mismo odontólogo/consultorio en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

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

11. 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.

12. 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.

13. Las coronas y las incrustaciones/los recubrimientos están cubiertos no más de una vez en un período de 60 meses, excepto cuando determinemos 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.

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

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

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

17. 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.

18. 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 determinemos 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 determinamos 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. Nuestro pago 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.

19. 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.

20. 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.

21. Limitamos 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 C del paquete opcional 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.

26. Servicios no incluidos en los Códigos y descripciones de procedimientos dentales.

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.

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, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de 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 documento).

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.
Cuidado asistencial. 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

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 Medicare Original determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Medicare Original 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Entrega de comidas a domicilio.		• Algunas coberturas limitadas proporcionadas a través de Mom's Meals NourishCare® o Meals on Wheels 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención odontológica que no sea de rutina.		• La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes hospitalizados o externos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		• Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Habitación privada en el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención odontológica de rutina, como empastes o prótesis dentales.		• Los servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico limitados cuentan con cobertura cuando se obtienen de un odontólogo de la red Delta Dental Medicare Advantage en el condado de Monterey, California.
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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los audífonos y las consultas a 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 80 baterías gratuitas por cada audífono no recargable adquirido).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Marihuana medicinal o recreativa.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Honorarios administrativos o de asistencia del doctor/proveedor.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- 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 ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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 Utilice 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. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red).

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 figuran en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 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.

Puede ir a cualquiera de las farmacias 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 en su zona, puede obtener ayuda de Servicios para los miembros o utilizar 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:

- 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 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (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 encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio 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 "**NM**" en nuestra "Lista de medicamentos".

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 100 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, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 21 días como máximo. 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 documento).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor. 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. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que sus medicamentos con receta vigentes se agoten para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento por la cantidad de pedido por correo a costo compartido. 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.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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. **Primero consulte con Servicios para los miembros** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. 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.

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 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).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente 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 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 doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

Los medicamentos que se encuentran en la "Lista de medicamentos" son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La "Lista de medicamentos" incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que están basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la "Lista de medicamentos", cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen algunas alternativas biosimilares para determinados productos biológicos.

¿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. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la "Lista de medicamentos". Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis 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 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 selectas.

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 la cantidad 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 cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que le proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (**www.aspirehealthplan.org**). La "Lista de medicamentos" en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. 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.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (https://www.medimpact.com o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

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 doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la "Lista de medicamentos".

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona 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.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (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?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. 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. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

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

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar 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**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad de medicamento que 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 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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero 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 indica en la Sección 4.
- 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.

- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o 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 está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro 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 deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporario, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan** O **tiene actualmente algún tipo de restricción**.

- **Si es miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- 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, y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- 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 plazo
- 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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para los miembros.

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe 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.

2) 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 solicitarla. 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 es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta 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, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para los miembros para 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.

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 la cantidad 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 puede realizar algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **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**.

- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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 de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan 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)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
    - Quizás no le avisemos antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. 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.
    - 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 información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos 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 en la "Lista de medicamentos", o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas. También podemos-realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos avisarle 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 deberá trabajar junto a la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por nosotros o para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté tomando.
  - Usted o la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la "Lista de medicamentos" que no lo afectarán durante este año del plan

Podemos realizar algunos cambios en la "Lista de medicamentos" que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en este.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u 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 le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la "Lista de medicamentos" para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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 o 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.
    - 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.

Además, por ley, las siguientes 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 recibe "Ayuda adicional" para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura para medicamentos puede haber disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. 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 información de su membresía con usted?

Si no tiene la información de su membresía al plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un 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 con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

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 utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que sea que este utilice, 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, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros. 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.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra “Lista de medicamentos” o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador**

de beneficios de ese grupo. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. 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.

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye 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 el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados 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 los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada que provea notificación antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. 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.

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.

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 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 ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes doctores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus doctores para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus doctores 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. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las 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 determinado(s) doctor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta, se le informará si limitaremos la cobertura de esos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos únicamente de una farmacia o doctor específico. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué doctores 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 decisión o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva 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.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o la enfermedad de células falciformes, 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.

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones 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. Si reúne los requisitos para el

programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre 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 con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (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. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿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 folleto 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 folleto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

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, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros.

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

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad 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 la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

- El **copago** es una cantidad fija 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 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen 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):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - 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* en los costos que paga de su bolsillo 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.
- En los costos que paga de su bolsillo, se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura para catástrofes:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- 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 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 comunicándose con Servicios para los miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $8,000, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura para catástrofes.

- **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 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 Advantage*?

Hay **cuatro etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta según *Aspire Health Advantage*. La cantidad que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura para catástrofes

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 esto se lo denomina **costos 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.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **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 e información sobre aumentos en su precio 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 disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento.

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 membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos 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, bríndenos las copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de 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.
  - 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.

- **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. 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. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 *Aspire Health Advantage* no tiene deducible

Aspire Health Advantage no tiene deducible. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga 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 (la cantidad 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 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la "Lista de medicamentos" del plan se encuentran 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:

- Nivel 1: incluye medicamentos genéricos preferidos. Es el nivel más bajo de reparto de gastos. Usted paga un copago de $4 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.
- Nivel 2: incluye medicamentos genéricos. Usted paga un copago de $8 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.
- Nivel 3: incluye medicamentos de marca preferidos. Usted paga un copago de $35 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.
- Nivel 4: incluye medicamentos no preferidos. Usted paga un copago de $35 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.
- Nivel 5: incluye medicamentos de especialidad. Por lo general, se trata del nivel más alto de reparto de gastos. Usted paga un copago de $35 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.
- Nivel 6: incluye insulinas selectas. Usted paga un copago de $11 por suministro mensual de cada **producto de insulina** cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted pague por un medicamento se determina según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La 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 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.

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	**Costo compartido estándar de minoristas (dentro de la red)** (suministro hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $4	Copago de $4	Copago de $4
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $8	Copago de $8	Copago de $8
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $45	Copago de $45	Copago de $45
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de $95	Copago de $95	Copago de $95
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Nivel 6 de costo compartido (Insulinas selectas)	Copago de $11	Copago de $11	Copago de $11

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

Sección 5.3 Si su doctor 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, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su doctor deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez). También puede pedirle a su doctor que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted debe realizar un copago por el medicamento, solo deberá pagar por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de pagar por el mes completo. 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.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por el suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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:

Nivel	Costo compartido estándar de minoristas (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $8	Copago de $8
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $16	Copago de $16
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $90	Copago de $90
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de $190	Copago de $190
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 selectas)	Copago de $22	Copago de $22

No pagará más de $70 por un suministro para hasta dos meses o $70 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de $5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance esta cantidad. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

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 la cantidad que usted paga como la cantidad descontada 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. En el caso de los medicamentos genéricos del Nivel 1, usted paga un copago de $4 o el 25% del costo de los medicamentos genéricos, lo que sea más bajo, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos del Nivel 2, usted paga un copago de $8 o el 25% del costo de los medicamentos genéricos, lo que sea más bajo, y el plan paga el resto. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo la cantidad que usted paga es considerada y la desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcance la cantidad de $8,000, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa del período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de cobertura para catástrofes cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $8,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura para catástrofes, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, sin costo para usted. Consulte la "Lista de medicamentos" del plan o comuníquese con Servicios para los miembros para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- 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).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres elementos:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización denominada "Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación" (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos es recomendada por el ACIP y no tiene costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del doctor.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. De forma alternativa, un proveedor puede administrársela en el consultorio del doctor.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentre.

- A veces, cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto quiere decir que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la Parte D 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 ciertas vacunas).

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

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su doctor.

- Cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total de esta y el costo de su administración por parte del proveedor.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se encuentran descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la parte D, se le reembolsará la cantidad que usted haya pagado, menos el coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y, luego, la lleva al consultorio de su doctor, donde se la administrarán.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la parte D, usted le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.

- Cuando su doctor 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
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la parte D, se le reembolsará la cantidad que usted haya pagado, menos el coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de 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

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. 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 estos 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 de la cantidad que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la 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. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si paga la cantidad total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad 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 la parte del costo que nos corresponde pagar.

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 la cantidad del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. 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 la cantidad 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuya cantidad 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 la cantidad que pagó y la 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. (Esto 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, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, 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.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en

circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su 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 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 doctor 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. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos un reembolso llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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.

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

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, 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.
- 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. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago 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 con la cantidad 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También puede solicitar que se le envíen materiales escritos en español. 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.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). 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) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost-sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this document). 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

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, el Capítulo 9 de este documento 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.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le dimos 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 su 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.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - 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. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que conserva 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 junto 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.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Aspire Health Advantage*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros.

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre

cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: "apelación".

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 doctores y de otros proveedores de 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 doctores acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** 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 doctor 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.

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 doctores 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.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de 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.
- **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 doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- 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 doctor 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, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

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**.

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, orientación sexual 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**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 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**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Para obtener más detalles, 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), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
    - Asegúrese de que los doctores 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 y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **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 doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe pagar sus primas del plan.
    - Debe continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro 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.

  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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 problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas,** también denominadas reclamos.

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza 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. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión 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 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al Servicio para los miembros para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones,

es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. 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. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

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.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos y servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte B) se cubre o no, la forma en que se cubre y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicios para los miembros 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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos y a medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red del plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio remitido no se cubre en ninguna

circunstancia. Usted o su doctor también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor 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 una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando 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 la atención médica no está cubierta 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, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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 las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, 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 para atención médica, esta pasará automáticamente al Nivel 2 y será evaluada por una organización de revisión independiente que no se relacione con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede comunicarse con nosotros llamando a **Servicios para los miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicios para los miembros y solicite 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**).
    - Su doctor 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 los medicamentos con receta de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **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.
    - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros 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.

- 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 la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 situaciones diferentes 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 doctor 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

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 atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). 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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**

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. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

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. **Presente una apelación. Sección 5.3**

   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 las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su doctor 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 doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - Explique que 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.

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

- 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 doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto 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**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar 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. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado

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 solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar 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. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **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.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la

cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su doctor deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos 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 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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 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. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, 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 más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si 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. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. 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 más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar 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. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un

plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura 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 nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal
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).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

- 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

- En el caso de la apelación rápida, 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando 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

- En el caso de la apelación estándar, si solicita 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando 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 un 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 estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **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 un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares.** En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **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** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por

escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

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?

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 solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** 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 la atención médica y las razones.

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. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago 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

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

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **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*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- 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.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo pagar una cantidad de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 6.4**

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.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción al formulario**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción al formulario**. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor 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".** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la "Lista de medicamentos", usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos

del Nivel 5. No puede solicitar que hagamos una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra "Lista de medicamentos". Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción a la cantidad 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 la cantidad que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
   - 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 costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a una cantidad de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad 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 a la cantidad 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 la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben 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 doctor 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 diferentes posibilidades 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 doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**

- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

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. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario *CMS Model Coverage Determination Request* (Solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para 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.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor 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.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. 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.

- **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 doctor 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

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. 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.
- **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 solicitud o la declaración del doctor 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.
- **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 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor 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: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o comuníquese con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o comuníquese con nosotros al** número gratuito: (888) 495-3160. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario *CMS Model Coverage Determination Request* (Solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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 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 y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: 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 doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, 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. La Sección 6.6 explica el proceso de 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 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 para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
    - 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** 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 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.
- **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 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
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).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor 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 por 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- 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.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, 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.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **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.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su 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 acepta una parte o la totalidad de su 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 esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. 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.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por 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 doctor 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.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. 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 doctor 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.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. 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.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.
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.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica 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 en un lugar práctico para tener acceso a 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 su fecha del alta, 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 o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿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 el Capítulo 2.

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**.

  - **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.
  - **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 costo*s 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.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta.** En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree 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 doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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,* **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.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, 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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión 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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente 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 apelación de Nivel 2, 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 hospitalizados 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. 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.

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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por 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 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, 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*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándar. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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. Observamos si la decisión sobre cuándo debería irse del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted sigue necesitando la hospitalización después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean 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,** 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, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Término legal
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).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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. 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.

- 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 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 en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por 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 la apelación de Nivel 3.
- 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)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre 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.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida.* Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* 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 el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree 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 doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- 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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- 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.

- 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 una apelación de Nivel 2.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión 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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente 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 la acepta?

- **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 tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- 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 es manejada por 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por 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 explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez 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*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándar. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** 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,** 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.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
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 a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 alternativo

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **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.

Paso 1: Enviamos 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. 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle 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 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 avanzar a 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 desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por 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. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un 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*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle la atención médica 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 la atención médica 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si 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*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle la atención médica 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 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

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 una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad 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. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un 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.** 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** 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 se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de 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 al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

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	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio 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 doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o 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 doctor?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una decisión de cobertura rápida o apelación rápida y la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: 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.

- **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 en el Capítulo 2. 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.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

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.
- **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 presenta una queja porque rechazamos 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**.
- **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, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *Aspire Health Advantage* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 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

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en *Aspire Health Advantage* 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. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija si desea 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, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si escoge esta opción, 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 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan 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**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **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 Medicare Original. 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 Advantage* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. 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.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, 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. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  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 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original 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.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Comunicarse con Servicios para los miembros.**
- Buscar la información en el manual ***Medicare & You 2024*** (Medicare y Usted 2024).

- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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 Advantage* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original *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 Advantage* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, 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 Advantage* se cancelará cuando comience su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá 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 Advantage* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***Aspire Health Advantage* 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, comuníquese con Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya 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 membresía 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 una cantidad 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, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Aspire Health Advantage 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, 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. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

Aspire Health Plan:

- Proporciona 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 Advantage*, 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

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.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores 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 debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asíncrono (también conocido como Almacenar y enviar): servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) que implican la recopilación de datos que luego se transmiten electrónicamente a un proveedor en otro lugar para su revisión y evaluación sin requerir la presencia simultánea del paciente.

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 ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que 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).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del Estado 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. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Biosimilar: medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares tienen la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten reemplazarse por productos biológicos originales en la farmacia sin una nueva receta, de conformidad con la legislación estatal.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada 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 cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida 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.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B. Las cantidades 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 la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

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 atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, 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.

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 estándar para medicamentos con receta 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: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de que paguen los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor 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.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (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 de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

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, 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 que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye 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: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la 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 denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan 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 documento.

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 (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. 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 doctor 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 inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, alcancen los $5,030.

Etapa de cobertura para catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Evidencia de cobertura (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 nuestro formulario (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 nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un doctor u hospital) le factura al paciente más que la cantidad del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *Aspire Health Advantage*, usted solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen saldos** ni que le cobren, de otra manera, más que el costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. 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. 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.

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre formularios y beneficios. Esto incluye las cantidades de costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. 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.

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.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o son mayores de 65 años. 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.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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 de buena práctica médica aceptados.

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 (Food and Drug Administration, 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. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

Medicare Original (**Medicare tradicional** o **plan de Medicare con pago por servicio**): Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por planes de salud privados, tales como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, 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. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, 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).

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).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad 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 estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

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 (QIO): un grupo de doctores 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.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original 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 hospitalizados (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 un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 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: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. 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. 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 (SNP) institucional equivalente: un plan 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 necesidades especiales (SNP) institucional: un plan 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 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); centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de atención sanitaria a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención sanitaria similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas: los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tengan una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en la Sección 422.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), incluida la restricción de la inscripción en función de las diversas agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y vinculadas clínicamente que se especifican en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

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 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 planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (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 una cantidad 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 i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes 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**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada [Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE]) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) 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. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los períodos sin cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (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 de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan “biosimilares”. Por lo general, los biosimilares tienen la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales.

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.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que 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.

Proveedor de atención primaria (PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para referirnos a doctores, 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 **proveedores de la red** 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. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o 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.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* 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 al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

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 deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

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.

Síncrono: servicios de Telesalud (Atención médica por teléfono o internet) que proporcionan servicios sanitarios interactivos en tiempo real entre el paciente y el proveedor.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Telesalud (Atención médica por teléfono o internet): modalidad de prestación de servicios sanitarios y de salud pública a través de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de los cuidados y la autogestión de la atención sanitaria de un paciente mientras este se encuentra en el lugar de origen y el proveedor de servicios sanitarios en un lugar distante.

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 doctor en primer lugar.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-5700-1600 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-5700-1600 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-5700-1600 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-5700-1600 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-5700-1600 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-5700-1600 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-5700-1600 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-5700-1600 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-5700-1600 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-5700-1600 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-5700-1600 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-5700-1600 (TTY:711)पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-5700-1600 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-5700-1600 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-5700-1600 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-5700-1600 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-5700-1600 (TTY:711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Servicios para los miembros de *Aspire Health Advantage*

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	Llamada gratuita: (855) 570-1600 Las llamadas a este número son gratuitas. 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) 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. 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)
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 (SHIP), 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://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.

PRESENTADO POR

MONTAGE Health Salinas Valley HEALTH

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