CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)
H1019-090

2020

EVIDENCIA DE COBERTURA

Treasure y Space Coast
Condados de Brevard e Indian River

CarePlus
HEALTH PLANS

H1019_EOC_MAPD_HMO_090000_2020_SP_C

H1019090000EOCSP20

Nos importa su bienestar

Gracias por ser un afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). Valoramos su afiliación, y estamos dedicados a ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta Evidencia de cobertura contiene información importante acerca de su plan. Este libro es un documento muy detallado con la descripción completa y legal de sus beneficios y costos. Usted debe guardar este documento como referencia durante el año del plan.

Esperamos poder ser su socio en la salud por muchos años. Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarlo.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura para medicamentos recetados como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Este manual le provee los detalles acerca de su cobertura para el cuidado de la salud y para medicamentos recetados para Medicare y Medicaid, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios de cuidado de la salud y para medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), es ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)).

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité nacional de control de calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2020 basado en una revisión del Modelo de cuidado médico de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Este documento está disponible sin costo en inglés.

Contacte a nuestro departamento de Servicios para afiliados llamando al número 1-800-794-5907 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Esta información está disponible en otro formato, incluido Braille, letra grande y cintas de audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.

Los beneficios, las primas, el deducible y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

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

Las limitaciones en cuanto a servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados prestados vía opciones de comunicaciones y tecnología de consulta virtual varían según el estado. Los servicios de tecnología de consulta virtual no sustituyen el cuidado médico en casos de emergencia y no tienen como fin reemplazar a su proveedor de cuidado primario ni a otros proveedores de la red. Este material es solo para fines informativos y no debe tomarse como consejo médico ni debe usarse como reemplazo de la asesoría de un profesional médico certificado.

H1019_EOC_MAPD_HMO_090000_2020_SP_C

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

Evidencia de cobertura para 2020

Contenido

Esta lista de capítulos y números de páginas es un punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado 7

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de afiliado del plan y cómo mantener actualizado su registro de afiliación.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones incluidas Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización para el mejoramiento de la calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico estatal para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 39

Explica información importante que usted debe saber acerca de la obtención de cuidado médico como afiliado de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo obtener cuidado médico en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto) 55

Le provee detalles acerca de los tipos de cuidado médico que están cubiertos y los que *no* están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 98

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene medicamentos de la Parte D. Le indica cómo utilizar la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Le explica dónde surtir sus medicamentos recetados. Le informa acerca de los programas del plan para la seguridad y la administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....123

Informa sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Período sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica*) y de qué manera estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....143

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea que le reembolsemos sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades.....150

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....165

Le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para recibir el cuidado médico o los medicamentos recetados que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye la solicitud de excepciones a las normas o restricciones adicionales a su cobertura para medicamentos recetados, y la solicitud de continuar la cobertura de cuidado hospitalario y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su afiliación al plan 221

Explica cuándo y cómo puede terminar su afiliación al plan. Explica situaciones en las que se le requiere a nuestro plan terminar su afiliación.

Capítulo 11. Avisos legales.....231

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 238

Explica términos clave utilizados en este manual.

Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales 251

Provee una lista de los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.

CAPÍTULO 1
Cómo comenzar como afiliado

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción 10

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales) 10

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual *Evidencia de cobertura*? 11

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura* 11

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan? 11

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad 11

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare? 12

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 12

Sección 2.4 La siguiente es el área de servicio del plan de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) 13

Sección 2.5 Ciudadano de los EE. UU. o residente legal 13

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? 13

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado del plan: utilícela para obtener todos los servicios de cuidado médico y los medicamentos recetados cubiertos 13

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan 14

Sección 3.3 *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan 15

Sección 3.4 *SmartSummary*: informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 16

SECCIÓN 4 Su prima mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) 16

Sección 4.1 ¿De cuánto es su prima mensual del plan? 16

Sección 4.2 Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan 17

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 19

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de afiliado del plan 19

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted 19

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 20

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. La cobertura de Medicaid varía en función del estado y el tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura de servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cuidado de la salud y su cobertura para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Dado que usted obtiene asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. Medicaid también puede proveerle otros beneficios al cubrir los servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, para que usted reciba los servicios de cuidado de la salud y la asistencia con los pagos para los cuales es elegible.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan además tiene un contrato con el programa de Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proveerle la cobertura para el cuidado de la salud de Medicare y Medicaid, lo que incluye la cobertura para medicamentos recetados.

La cobertura conforme a este plan se califica como Cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este manual *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir el cuidado médico y los medicamentos recetados cubiertos por Medicare y Medicaid a través de nuestro plan. Este manual le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como afiliado del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren al cuidado y los servicios médicos y los medicamentos recetados que tendrá disponibles como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este manual *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si solo tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para Afiliados de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted
Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cubre su cuidado médico. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llaman "cláusulas" o "correcciones".

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2020. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, o por ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año
Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser afiliado de nuestro plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre las Partes A y B de Medicare)
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio).

- -- y -- Es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera legal
- -- y -- No padece Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas como, por ejemplo, si desarrolla ESRD cuando ya es afiliado de un plan que ofrecemos, o fue afiliado de un plan diferente que fue anulado.
- -- y -- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y ciertos niveles de Medicaid: FBDE,QMB+,SLMB+.

Tenga en cuenta: si usted pierde su elegibilidad, pero existen expectativas razonables de que pueda ser elegible nuevamente en un plazo de seis mes(es), entonces usted seguirá siendo elegible como afiliado en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa acerca de su cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continuada estimada).

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información acerca de cuáles servicios están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

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

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos para algunas personas que tienen bajos recursos e ingresos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Dichos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas de bajos recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y provee beneficios completos de Medicaid para servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos Plus de Medicare (SLMB +):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y provee beneficios completos de Medicaid para servicios de Medicaid provistos por proveedores de Medicaid.

Sección 2.4 La siguiente es el área de servicio del plan de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como afiliado 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 el siguiente condado/los siguientes condados en Florida: Condados de Brevard, Indian River, FL.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe contactar a la oficina estatal de Medicaid y preguntar cómo se verán afectados sus beneficios de Medicaid como resultado de la mudanza. Los números de teléfono de Medicaid están en el Capítulo 2, Sección 6, de este manual.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

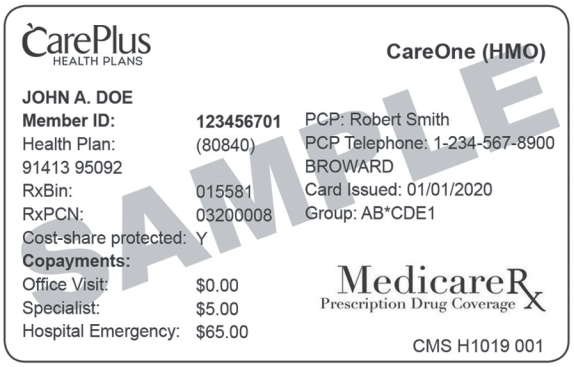
Sección 2.5 Ciudadano de los EE. UU. o residente legal

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado según esto. CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) debe desafiliarle si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado del plan: utilícela para obtener todos los servicios de cuidado médico y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar la tarjeta de afiliado de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo será la suya:


CarePlus HEALTH PLANS
CareOne (HMO)
JOHN A. DOE
Member ID: 123456701
Health Plan: (80840)
91413 95092
RxBin: 015581
RxPCN: 03200008
Cost-share protected: Y
Copayments:
Office Visit: $0.00
Specialist: $5.00
Hospital Emergency: $65.00
PCP: Robert Smith
PCP Telephone: 1-234-567-8900
BROWARD
Card Issued: 01/01/2020
Group: AB*CDE1
MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H1019 001

CarePlus is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in CarePlus depends on contract renewal.
Member Services: 1-800-794-5907 TTY: 711
Provider Services:
Eligibility: 1-866-220-5448
Authorizations: 1-800-201-4305
Claims Status: 1-866-313-7587
Pharmacy Inquiries:
Claims Issues: 1-800-865-4034
Authorizations: 1-866-315-7587
CarePlus Claims: P.O. BOX 14697 LEXINGTON, KY 40512
Please visit us at: www.careplushealthplans.com

En la mayoría de los casos, mientras sea afiliado de nuestro plan, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica rutinarios y los servicios de hospicio). Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Es muy importante por lo siguiente: si recibe los servicios cubiertos usando la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) mientras sea afiliado del plan, es posible que usted mismo deba pagar el costo completo.

Si su tarjeta de afiliado del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para afiliados y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional.

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

El *Directorio de proveedores* lista los proveedores, proveedores de equipo médico duradero y farmacias de nuestra red.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualesquiera costos compartidos del plan como pago en su totalidad. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Hemos incluido una copia de nuestro directorio de proveedores de equipo médico duradero con este manual. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020**.

¿Por qué necesita saber qué proveedores pertenecen a nuestra red?

Es importante saber qué proveedores pertenecen a nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea afiliado de nuestro plan usted debe utilizar los proveedores de la red para recibir el cuidado y los servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está

disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Muchos de los proveedores de la red del plan son también certificados por Medicaid. Consulte el *Directorio de proveedores* para identificar los proveedores de la red del plan que también están participando con el programa de Medicaid de su estado. Usted no tiene restricciones para acudir a otros proveedores certificados por Medicaid para obtener los servicios de su plan.

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los afiliados de nuestro plan.

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

Puede usar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/directories.** También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada de proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de proveedores* de 2020 para ver las farmacias que están en nuestra red.**

El *Directorio de proveedores* también le indicará cuáles de las farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos que pueden ser menores que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede obtener una copia de Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede solicitar en Servicios para afiliados más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus acreditaciones. También puede buscar y descargar el *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/directories**. Tanto Servicios para afiliados como el sitio web pueden proveerle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

Sección 3.3 Guía de medicamentos recetados (Formulario) del plan

El plan tiene una *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*). Para abreviar, la llamamos "Guía de medicamentos". Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le informa cómo obtener más información sobre cuáles medicamentos están cubiertos bajo Medicaid.

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Guía de medicamentos de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Además, la Guía de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Guía de medicamentos. La Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o

contacte a Servicios para afiliados para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan **(www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020-prescription-drug-guides)** o llamar a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 *SmartSummary*: informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe con un resumen para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama el *SmartSummary*®.

El *SmartSummary* le informa la cantidad total que usted, u otros en el nombre de usted, ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre el *SmartSummary* y cómo puede ayudarle a dar seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

Un informe *SmartSummary* también está disponible a solicitud. Para obtener una copia, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Sección 4.1 ¿De cuánto es su prima mensual del plan?

El programa de "Ayuda adicional" de Medicare ayuda a pagar los costos de los medicamentos recetados. (Consulte el Capítulo 2, Sección 7 – *"Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados" para obtener más información sobre la "Ayuda adicional"*). Las personas con Medicare y Medicaid son automáticamente elegibles para la "Ayuda adicional" de Medicare. Como afiliado de nuestro plan, y dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de prima. Para el 2020, la prima mensual para CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) es de **$0 o hasta $16.50**. Además, debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted). Debido a que usted es elegible para recibir asistencia de Medicare, es posible que Medicaid pague su prima de la Parte A y/o la Parte B por usted.

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser <u>mayor</u>
En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos afiliados deben pagar **una multa por afiliación tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período de 63 días consecutivos o más sin una cobertura "válida" para medicamentos recetados. ("Válida" significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por afiliación tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por afiliación tardía de la Parte D.

- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por afiliación tardía.
- Si alguna vez pierde el subsidio por ingresos limitados ("Ayuda adicional"), estaría sujeto a la multa por afiliación tardía de la Parte D mensual si alguna vez no ha tenido cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días o más.
- Si tiene que pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D, el costo de la multa dependerá del tiempo que usted haya permanecido sin la cobertura de la Parte D o sin una cobertura válida para medicamentos recetados.

Algunos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si usted no es elegible para ello de forma automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.

Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años, sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima.

- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. Si un evento cambió su vida y causó su ingreso a bajar, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si se le solicita que pague la cantidad adicional y no la paga, se le desafiliará del plan.**
- Además, puede visitar el sitio web https://es.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia de *Medicare y usted 2020* le informa acerca de estas primas en la sección denominada "Costos de Medicare 2020". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año, en otoño. Los nuevos afiliados de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2020* del sitio web de Medicare (https://es.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan

Hay cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Su formulario de inscripción tenía una sección para que usted seleccione una opción de pago. Si no seleccionó una opción de pago, recibirá una factura todos los meses. Si desea cambiar la forma de pago de la prima del plan, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada.

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, puede demorar hasta tres meses para que su nueva forma de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de una nueva forma de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Usted puede decidir pagar su prima mensual del plan directamente a nuestro plan con un cheque o giro postal. Si desea pagar con cheque, usted recibirá una factura mensual. Escriba su número de identificación de afiliado de CarePlus Health Plans, Inc. en su cheque personal o giro postal. Si el pago es para dos afiliados, escriba los dos números de identificación de afiliado de CarePlus en el cheque o giro postal, así como la cantidad correspondiente de cada uno, para evitar retrasos en el procesamiento. Si alguien más está pagando la prima de su plan, asegúrese de que el nombre de usted y número de identificación de afiliado estén escritos en el cheque. Haga los cheques a nombre de CarePlus Health Plans, Inc. No haga cheques a nombre de CMS o HHS. Los cheques deben ser recibidos antes de la fecha de vencimiento que aparece en la factura. Envíe los cheques a:

CarePlus Health Plans, Inc.
PO Box 933775
Atlanta, GA 31193-3775

Con la factura se incluye un sobre con nuestra dirección impresa, para su conveniencia. Envíe siempre el desprendible de pago junto con su pago.

Llame a Servicios para afiliados si pierde su factura. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Opción 2: Usted puede pagar por débito automático

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que su prima se debite automáticamente de su cuenta de cheques. Llame a Servicios para afiliados para programar el débito automático de su prima.

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

Puede hacer que la prima de su plan se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Si elige esta opción, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Usted es responsable de todas las multas por afiliación tardía facturadas antes de la fecha de vigencia del cambio de método de pago.

Opción 4: Puede hacer que la prima de su plan se debite de su cheque mensual de la Junta de jubilación ferroviaria

Puede hacer que la prima de su plan se debite de su cheque mensual de la Junta de jubilación ferroviaria. Contacte a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Si elige esta opción, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Usted es responsable de todas las multas por afiliación tardía facturadas antes de la fecha de vigencia del cambio de método de pago.

Qué hacer si está teniendo dificultades para pagar la prima del plan

La prima de su plan debe estar en nuestra oficina en la fecha de vencimiento que aparece en la factura. Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si está teniendo dificultades para pagar su prima a tiempo, contacte a Servicios para afiliados para ver si podemos referirlo a programas que le ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde la elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un afiliado es elegible para "Ayuda adicional" con los costos de los medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. El afiliado que pierda la elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información acerca del programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de afiliado del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de afiliado tiene la información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan que incluye a su médico de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos incluye su cobertura y las cantidades de costos compartidos que le corresponden**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como, por ejemplo, de su patrono, el patrono de su cónyuge, un programa de compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red

- Si cambia la persona responsable designada (como, por ejemplo, el cuidador)
- Si está participando de un estudio de investigación clínica

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para afiliados para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

Medicare exige que recopilemos de usted información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se indica cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su patrono), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se conoce como el "pagador primario" y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo es el "pagador secundario", y solo paga si queda algún costo pendiente que la cobertura primaria no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura grupal en el plan de salud de su patrono o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud proviene de su patrono actual o del patrono actual de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el patrono y si

usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o el miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más empleados o si es por lo menos un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía está trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 o más empleados o si por lo menos es un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal paga primero durante los 30 primeros meses después de que usted se vuelva elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros ("pulmón negro")
- Programa de compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare y/o los planes grupales de salud provistos por su patrono hayan pagado.

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Tal vez deba darle a su otro seguro el número de identificación como afiliado de su plan (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)** (cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados del plan) **24**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **31**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre el seguro de salud** (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) **32**

SECCIÓN 4 **Organización para el mejoramiento de la calidad** (pagada por Medicare para controlar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare) **33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **33**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados) **34**

SECCIÓN 7 **Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **35**

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria** **37**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un patrono?** **38**

SECCIÓN 1 Contactos de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)
(cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados del plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). Será un placer ayudarle.

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil. Además, Servicios para afiliados les proporciona servicios gratuitos de intérpretes de otros idiomas a los afiliados que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/contact-careplus**

Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene preguntas acerca del proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para el cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/org-determination**

Cómo contactarnos para realizar una apelación relacionada con su cuidado médico

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo realizar una apelación relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones para cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members**

Cómo contactarnos para presentar una queja acerca de su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad del cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar en la sección anterior sobre la presentación de una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, vaya a https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos conforme al beneficio de la Parte D incluido en el plan. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination**

Cómo contactarnos para realizar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D
Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo realizar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination**

Cómo contactarnos para presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar en la sección anterior sobre la presentación de una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, vaya a https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por el cuidado médico o un medicamento recibido

Si desea más información acerca de situaciones en las que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura recibida de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/**

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

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

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS", por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://es.medicare.gov Este es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales,

Método	Medicare – Información de contacto
	hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la información de contacto de Medicare en su estado. Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un *presupuesto* de lo que podrían ser sus gastos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja acerca de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O, puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratis sobre el seguro médico a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y ayudarle a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) además pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare)

En cada estado existe una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. La información de contacto de su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado médico recibido.
- Piensa que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE.UU. y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tengan ingresos superiores. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov/espanol

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

Para estar inscrito en este Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe estar inscrito en Medicare y también debe recibir ciertos niveles de asistencia de Medicaid. (Consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 "Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan" para los requisitos específicos para este plan).

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados.

Una persona que no cumple con los criterios de ingresos o recursos para ser Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés) o Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés), pero que es elegible para Medicaid, ya sea de forma categórica o a través de grupos de cobertura opcional basados en el estatus de 'Médicamente necesitado', niveles de ingresos especiales para personas institucionalizadas, o exenciones basadas en el hogar y la comunidad, se considera con **doble elegibilidad para beneficios completos (FBDE, por sus siglas en inglés)**.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Dichos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas de recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB +, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid.

El programa estatal del Mediador ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación con nuestro plan.

El Mediador del Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver los problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

La información de contacto de la oficina estatal de Medicaid, el programa estatal del Mediador y el Mediador del Cuidado a largo plazo (LTC) se pueden encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que usted reúne los requisitos para Medicaid, es elegible para recibir y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda adicional".

Si tiene preguntas sobre "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta al surtir su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite pedir ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, para que nos la proporcione.

- Si ya tiene un documento que compruebe que es elegible para recibir "Ayuda adicional", también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para surtir un medicamento recetado. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como prueba ante nosotros, o para mostrarlo como prueba en la farmacia.

Prueba de que usted ya tiene el estado de "Ayuda adicional"

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en la que comenzó a reunir los requisitos para la "Ayuda adicional". La fecha tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda adicional". Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de asignación, Aviso de cambio o Aviso de acción.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, usted también es elegible para "Ayuda adicional".

Prueba de que usted tiene el estado activo en Medicaid

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo en Medicaid. La fecha activa mostrada tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

Prueba de pago de Medicaid por una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe ser por lo menos un mes completo de largo, y tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

- Un estado de facturación del centro médico que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid para usted

Si muestra por vez primera uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia también. Envíe el documento a:

CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Member Services Department
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga el próximo medicamento recetado en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?
¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que están viviendo con VIH/SIDA y que reúnen los requisitos para el programa ADAP a tener acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP son elegibles para asistencia para los costos compartidos de los medicamentos recetados en virtud del ADAP que opera en su estado. Tenga en cuenta: para reunir los requisitos para el programa ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente.

Si actualmente usted está inscrito en un ADAP, este puede continuar proveyéndole asistencia para los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Con el fin de asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP local de cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. La información de contacto del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a su ADAP estatal. La información de contacto del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte de atrás de este documento.

¿Qué sucede si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados?

¿Puede recibir los descuentos?

La mayoría de nuestros afiliados reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted recibe "Ayuda adicional", el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura no le corresponde a usted. Si usted recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?

Si cree que ha llegado al período sin cobertura y no recibió un descuento al pagar sus medicamentos de marca, debe revisar el próximo aviso del *SmartSummary*. Si el descuento no aparece en el *SmartSummary*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la 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 de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un patrono?

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios del grupo de su patrono o de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del patrono o sindicato, o a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de sus beneficios de salud y primas (o los de su cónyuge) del plan de patrono o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan o los períodos de inscripción para realizar un cambio.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través del grupo de su patrono o jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de cuidado médico como afiliado de nuestro plan 42

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 42

Sección 1.2 Normas básicas para obtener el cuidado médico cubierto por el plan 42

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico 43

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico 43

Sección 2.2 ¿Qué tipo de cuidado médico puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP? 45

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red 46

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red 47

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia o de cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre 48

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica 48

Sección 3.2 Cómo obtener servicios que se necesitan con urgencia 49

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado médico durante un desastre 50

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 51

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 52

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado cubierto en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud" 52

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud? 52

Sección 6.2 ¿Qué cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud cubre nuestro plan? 53

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 53

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 53

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su cuidado médico esté cubierto. Le provee definiciones de términos y le explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo recibir el cuidado médico y los servicios que usted tiene cubiertos como afiliado de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado médico que le proveen a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros y equipo que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para cuidado médico se listan en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener el cuidado médico cubierto por el plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos bajo Medicare original, que aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), por lo general, cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado médico que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **El cuidado médico que reciba se considere necesario por razones médicas.** "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que provea y supervise su cuidado médico.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, es posible que su PCP de la red necesite darle su aprobación previa antes de poder usar otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se llama dar un "referido". Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se necesitan referidos de su PCP para recibir cuidado médico en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, existen otras clases de cuidado médico que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir cuidado médico de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierto. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre el cuidado médico en casos de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios en caso de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita cuidado médico que Medicare o Medicaid requiera que sea cubierto por nuestro plan, y los proveedores de nuestra red no pueden proveer ese cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Usted debe obtener autorización del plan antes de buscar cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico

¿Qué es un "PCP" y qué hace por usted?
Cuando usted se inscribe como afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario es un proveedor que reúne los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Su *Directorio de proveedores* le indicará qué proveedores pueden actuar como su proveedor de cuidado primario. Como explicamos a continuación, su proveedor de cuidado primario puede brindarle cuidado médico rutinario o básico. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como afiliado del plan. Por ejemplo, para ver a un

especialista de la red, por lo general, usted primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener un "referido" para un especialista). Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias
- Cuidado de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado médico y sobre cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos por proveedores de la red, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (como darle un referido). En algunos casos, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa). El Capítulo 4 tiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Debido a que su PCP puede proveer y coordinar su cuidado médico, usted debe hacer que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud.

¿Cómo recibe cuidado médico de su PCP?

Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado rutinario de la salud. Sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede recibir por su propia cuenta, sin contactar primero a su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para obtener más información.

Si es después del horario laborable y usted tiene una necesidad de cuidado médico rutinario, vuelva a llamar a su PCP durante el horario laborable. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad urgente de cuidado médico después del horario laborable, consulte las Secciones 3.1 o 3.2 en este capítulo.

¿Cómo puede elegir a su PCP?

Al momento de su inscripción, revisó un *Directorio de proveedores* del plan para ayudarle a elegir el médico de cuidado primario que usted desee. El médico de cuidado primario que usted eligió aparecerá en su formulario de inscripción. Si se inscribió en **www.careplushealthplans.com**, fue dirigido al Directorio de proveedores del plan en línea para seleccionar al médico de cuidado primario que usted desee. Puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que su PCP dé referidos a dicho especialista, o utilice ese hospital. El nombre y número de teléfono del consultorio de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de afiliado.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, por lo que tendría que buscar un nuevo PCP. Las solicitudes de cambio que se reciban a más tardar el día 21 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para afiliados.

Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para afiliados si está consultando a algún especialista o si está recibiendo otro servicio cubierto que necesitó la aprobación de su PCP (como servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios para afiliados le ayudará a garantizar que cuando cambie de PCP pueda seguir recibiendo el cuidado especializado y los demás servicios que ha estado recibiendo. Ellos además verificarán que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para afiliados cambiará su registro de afiliación para que aparezca el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio de su nuevo PCP.

Además, le enviarán una nueva tarjeta de afiliado donde aparezca el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de cuidado médico puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud rutinario para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas contra la influenza y vacunas neumocócicas siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red
- Servicios que se necesitan con urgencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red temporalmente no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos, por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, llame a Servicios para afiliados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar. Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).
- Todos los servicios preventivos cubiertos que reciba de proveedores de la red. Estos servicios se indican con una en la tabla de beneficios del Capítulo 4.
- Usted puede auto-referirse a un dermatólogo de la red hasta cinco veces por año calendario
- Servicios quiroprácticos y de podología cubiertos por Medicare
- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas (del corazón).
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cuando su PCP cree que usted necesita tratamiento especializado, él/ella puede darle un referido para consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan. Si a usted lo está atendiendo un especialista de la red, es posible que necesite regresar a su PCP para que le dé un referido para recibir servicios adicionales.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es muy importante obtener un referido (la aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan (hay unas pocas excepciones, entre las que se incluye el cuidado de la salud femenina que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios. Si el especialista de la red quiere que usted regrese para recibir más cuidado médico, verifique primero para asegurarse de que el referido (la aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera consulta cubra más consultas.**

Si hay algún especialista en particular en la red del plan que usted desea utilizar, verifique si su PCP hace referidos de pacientes a dicho especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas de la red que él/ella usa para hacer sus referidos. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que usted puede ver. Por lo general, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista de la red al que su PCP actual no puede referirlo. Anteriormente en esta sección, bajo "Cambio de su PCP", le explicamos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales en particular que desea utilizar, debe verificar primero si su PCP, o los médicos que usted va a consultar, utilizan estos hospitales.

Si necesita cuidado hospitalario, cubriremos estos servicios para usted. Los servicios cubiertos se listan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, bajo el título "Cuidado hospitalario a pacientes internados". Usamos "hospital" para referirnos a un centro médico certificado por el programa de Medicare y autorizado por el estado para proveer servicios para pacientes internados y ambulatorios, y servicios terapéuticos y de diagnóstico. El término "hospital" no incluye centros que provean principalmente cuidado personal no médico (como hogares de ancianos y de reposo convalecientes). Por "cuidado personal no médico" nos referimos a ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, comer y otras actividades de la vida cotidiana. Excepto en caso de emergencia, su PCP o especialista coordinará su admisión en el hospital.

Para ver una lista de hospitales de la red, consulte el *Directorio de proveedores*. Es posible que su médico no conceda admisiones en todos los hospitales de la red. Pregunte a su médico para verificar en cuáles hospitales él/ella tiene privilegios.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan?

Es posible que hagamos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Haremos todo lo posible de buena fe para informarle al menos con 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades del cuidado de la salud.
- En caso de que usted esté recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento que está recibiendo por razones médicas no sea interrumpido, y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una apelación por nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista está abandonando su plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado médico.

Póngase en contacto con Servicios para afiliados al 1-800-794-5907, TTY 711 para obtener ayuda en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red

Su PCP de la red o su plan debe darle aprobación previa antes de que usted pueda consultar a proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se llama darle un "referido". Si desea más información acerca de esto y las situaciones en que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin referido (como un caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es mejor pedirle al proveedor fuera de la red que antes envíe la factura al plan. Pero, si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, puede enviarnos la factura para que nosotros la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia o de cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que ocurra?

Una "**emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. No necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior del cuidado médico de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios para afiliados al número de teléfono que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener cobertura para el cuidado médico en casos de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Si desea más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este manual.

La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)* para obtener más información.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que atienden su emergencia para ayudar a administrar su cuidado médico y realizar el seguimiento posterior. Los médicos que le proveen cuidado médico de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y la emergencia médica haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidado médico de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su cuidado médico tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por cuidado médico de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y

cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado médico.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era un caso de emergencia, cubriremos cuidado médico adicional *solo* si obtiene el cuidado médico adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado médico adicional
- – *o* – El cuidado médico adicional que recibe se considera "servicios que se necesitan con urgencia" y usted sigue las normas para obtener el cuidado de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios que se necesitan con urgencia

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Los "servicios que se necesitan con urgencia" son una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento imprevisto de una afección médica conocida que padece.

¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o no se pueda acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener cuidado médico de su proveedor de la red cuando la red esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.
El *Directorio de proveedores* del plan le informará acerca de qué centros de cuidado de urgencia en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en **www.careplushealthplans.com/directories**. Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir cuidado médico de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de cuidado médico en casos de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Si necesita cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados y de solicitarnos el reembolso correspondiente. Le reembolsaremos por servicios cubiertos de cuidado de urgencia y cuidado médico en casos de emergencia fuera de la red que usted reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios, a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. La cantidad que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original reembolsaría, y a que los proveedores extranjeros podrían cobrar por sus servicios cantidades superiores a las tarifas que Medicare original pagaría, el total de nuestro reembolso más los costos compartidos aplicables podría ser inferior a las cantidades que usted pague al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Deberá enviar un

comprobante de pago CarePlus para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4, (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*) para obtener más información. Si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura junto con los expedientes médicos para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado médico durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado médico de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **www.careplushealthplans.com/alert** para obtener información sobre cómo obtener el cuidado médico necesario durante un desastre.

Generalmente, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, que se listan en la Tabla de beneficios del plan (dicha tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados. Para obtener información acerca de los servicios cubiertos por Medicaid, póngase en contacto con su agencia estatal de Medicaid al número de teléfono que aparece en el Anexo A de este folleto.

Si tiene alguna pregunta con respecto a si nosotros pagaremos por algún servicio o cuidado médico que usted esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado médico.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) ofrece más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar una decisión

que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado por completo el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio **no** se tendrá en cuenta para calcular su cantidad máxima de desembolso personal. Puede llamar a Servicios para afiliados cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado un "ensayo clínico") es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como el grado de eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos solicitan voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a saber si funciona un nuevo tratamiento y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio le contactará para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio *y* comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto del cuidado médico (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan cuidado médico como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí deberá comunicárnoslo antes de iniciar su participación en un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio de investigación, lo que incluye:

- Alojamiento y comida por la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico.

Medicare original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que usted reciba en el estudio de investigación clínica.

A fin de que paguemos la parte de los costos que nos corresponde, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Notificaciones de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le provea a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios que le provean solo para recopilar datos, y no se utilicen para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requiere solo una.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica al leer la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (https://es.medicare.gov/). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado cubierto en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que provee cuidado para una afección que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar, nuestro plan proveerá cobertura por el cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la

salud. Puede elegir obtener cuidado médico en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio solo se provee para los servicios de paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado no médico de la salud). Medicare solo pagará los servicios de cuidado no médico de la salud provistos por instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud cubre nuestro plan?

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento o el cuidado médico “no exceptuado” es cualquier cuidado médico o tratamiento *voluntario* y *no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provea el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le provean en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario a pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no será cubierta.

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilen determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de CareNeeds

PLUS (HMO D-SNP), por lo general, no será dueño de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la posesión del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proveer.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia a Medicare original?

Si no adquirió la posesión del artículo de equipo médico duradero mientras era afiliado de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos cuando cambie a Medicare original a fin de obtener la posesión del mismo. Sus pagos anteriores mientras se encontraba en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos para el artículo de equipo médico duradero dentro de Medicare original *antes* de inscribirse en nuestro plan, dichos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos luego de regresar a Medicare original a fin de obtener la posesión del artículo. No existen excepciones a esta situación cuando regresa a Medicare original.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Entienda los servicios cubiertos 57

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos 57

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare? 57

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para saber qué está cubierto 58

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como afiliado del plan 58

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 94

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones) 94

SECCIÓN 1 Entienda los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en cuáles servicios están cubiertos. Incluye una Tabla de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones en determinados servicios. Además, consulte las exclusiones y limitaciones concernientes a ciertos beneficios suplementarios enumerados en la tabla de este capítulo.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que usted recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que usted siga las normas del plan para recibir su cuidado médico. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir el cuidado médico).

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

Tenga en cuenta: debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para alcanzar la cantidad máxima de gastos de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de gastos de desembolso personal cada año por los servicios médicos que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina la cantidad máxima de gastos de desembolso personal para servicios médicos.

Como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), el máximo que deberá pagar de gastos de desembolso personal por los servicios de las Partes A y B en 2020 es de **$3,400**. Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. (Las cantidades que usted paga por la prima de su plan y sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios). Si alcanza la cantidad máxima de gastos de desembolso personal de **$3,400**, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por las Partes A y B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen su prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como afiliado del plan

La Tabla de beneficios que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cubre. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben ser provistos según las reglas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios, suministros y equipos médicos) deben ser necesarios por razones médicas. "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted reciba su cuidado médico de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 provee más información acerca de los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tenga un proveedor de cuidado primario (un PCP, por sus siglas en inglés) que le provea y supervise su cuidado médico. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle un "referido". El Capítulo 3 provee más información acerca de la obtención de un referido y las situaciones en que no se necesita referido.
- Algunos de los servicios que se detallan en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (algunas veces se llama "autorización previa") de nosotros. En la Tabla de beneficios se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación previa con una nota al pie. Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
    - > Ablación (hueso, hígado, riñón, próstata)
    - > Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (AICD, por sus siglas en inglés)
    - > Biopsia de cáncer de mama
    - > Mastectomía parcial
    - > Cabestrillos de vejiga
    - > Bunionectomía
    - > Endoscopia capsular
    - > Ablación cardíaca
    - > Angiografía cardiovascular por tomografía computarizada (CCTA, por sus siglas en inglés)
    - > Implantes cardíacos

- Terapia de resincronización cardíaca
- Terapia de células T con receptores de antígeno quimérico (CAR-T, por sus siglas en inglés)
- Ensayos clínicos A1
- Implantes cocleares y de tronco cerebral
- Descompresión del nervio periférico (es decir, cirugía del túnel carpiano)
- Desfibriladores
- Esofagogastroduodenoscopia de diagnóstico
- Equipo Médico Duradero - Cualquier otro artículo con un valor superior a $750
- Camas eléctricas
- Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Electrofisiología (EPS, por sus siglas en inglés) con mapeo 3D
- Estudio electrofisiológico (EPS, por sus siglas en inglés)
- Tecnología emergente/Nuevas indicaciones de tecnología existente
- Inyecciones epidurales (solo para pacientes ambulatorios)
- Inyecciones en las facetas
- Bisturí de rayos gama o ciber bisturí
- Estimulación gástrica
- Cirugía de dedo en martillo
- Chalecos de compresión torácica de alta frecuencia
- Cuidado de la salud en el hogar/infusión en el hogar
- Terapia hiperbárica
- Pruebas y tratamiento de la infertilidad
- Dispositivo de cierre de apéndice auricular izquierdo (LAAC, por sus siglas en inglés) (p. ej., The Watchman®)
- Registradores de bucle
- Biopsia y resección de cáncer de pulmón
- Cuidado por maternidad - rutinario
- Imágenes de perfusión miocárdica por tomografía computarizada de emisión monofotónica (MPI SPECT, por sus siglas en inglés)

- Terapia de presión negativa para heridas (NPWT, por sus siglas en inglés)
- Neuroestimuladores
- Ventiladores de uso domiciliario no invasivos A3
- Cirugías orales, ortognáticas y de la articulación temporomandibular
- Cirugías ortopédicas (artroscopia de cadera, rodilla y hombro)
- Angioplastia coronaria/colocación de stent ambulatoria
- Ecocardiograma transtorácico ambulatorio (TTE, por sus siglas en inglés)
- Marcapasos
- Procedimientos para el control del dolor
- Paniculectomía
- Cierre de defecto septal atrial (ASD, por sus siglas en inglés) y del agujero oval (PFO, por sus siglas en inglés) persistente
- Revascularización periférica (aterectomía, angioplastia)
- Cirugía de próstata (Prostatectomía)
- Mastectomía simple y cirugía de ginecomastia
- Sustitutos de piel y tejidos
- Colchones especiales
- Cirugía espinal (fusión vertebral, otras cirugías de descompresión, cifoplastia, vertebroplastia)
- Dispositivos de estimulación (crecimiento óseo, neuromuscular, medular)
- Procedimientos endoscópicos de los senos paranasales/nasales quirúrgicos (excluye endoscopias nasales/senos paranasales de diagnóstico)
- Cirugías tiroideas (tiroidectomía y lobectomía tiroidea)
- Cirugías de válvula transcatéter (TAVR, MitraClip)
- Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
- Ecocardiograma transesofágico (TEE, por sus siglas en inglés)
- Uvulopalatofaringoplastia (UPPP, por sus siglas en inglés)
- Dispositivos de ayuda ventricular
- Dispositivos cardíacos portátiles (p. ej., LifeVest®)

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre el cuidado de la salud y los medicamentos recetados. Medicaid cubre los costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los costos compartidos y los deducibles médicos del plan, así como las primas, los deducibles y los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, para cualquier persona que reciba ayuda del Estado para costos compartidos. Medicaid también cubre los servicios que no cubre Medicare.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 2020*. Puede verlo en línea en https://es.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete 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 dentro del Medicare original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- En algunas ocasiones, Medicare agrega cobertura bajo Medicare original para servicios nuevos durante el año. Si Medicare añade cobertura para servicios durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de seis meses de elegibilidad continuada para nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período es posible que usted esté sujeto a las primas de la Parte D y los costos compartidos de la Parte D según su nivel de "Ayuda adicional". Además, según su nivel de elegibilidad para Medicaid, también es posible que sea responsable de las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Seguiremos cubriendo los costos compartidos cubiertos de su plan Medicare Advantage durante este período. Seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están cubiertos por su plan. Las cantidades de los costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

No necesita pagar nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de CarePlus para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional.

Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

*** Verá este asterisco al lado de los beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios.**

Tabla de beneficios médicos	
Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello por parte de su médico, asistente médico, profesional médico de enfermería o especialista clínico en enfermería.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Inyecciones y suero para la alergia Usted está cubierto para inyecciones y suero para la alergia cuando sean necesarios por razones médicas.	**Dentro de la red:** Inyecciones y suero para la alergia **Copago de $0** – Consultorio del médico de

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y terrestre, al centro médico apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado médico únicamente si se proveen a un afiliado cuya afección médica es tal que los demás medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Ambulancia de emergencia **Copago de $0** por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre **Copago de $0** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea Servicio de ambulancia no de emergencia **Copago de $0** por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre **Copago de $0** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acudir a una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y en su estado de salud actual. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: la primera consulta anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura de la consulta anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
***Servicios de cuidado asistencial (ACS, por sus siglas en inglés) (cubiertos por Medicaid)** Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, podemos proveer cobertura adicional para los servicios de cuidado médico asistencial. Estos servicios están cubiertos para los afiliados que necesiten un grupo de servicios integrados las 24 horas y que vivan en un centro de vida asistida, centro de cuidado familiar para adultos o centro de tratamiento	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
residencial. Según se determine en una evaluación de salud realizada por un proveedor matriculado, los afiliados que necesiten un plan de servicio individual pueden participar en el programa ACS. Para promover la salud y demorar o impedir la institucionalización y permitirle al afiliado residir en el centro médico, consulte los servicios cubiertos que se indican a continuación: • Asistencia con apoyo para la salud • Asistencia con actividades de la vida cotidiana • Asistencia con la autoadministración de medicamentos	
Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por el médico.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con un referido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que habitualmente son más rigurosos e intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de contraer la enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de detección de enfermedad cardiovascular	**Dentro de la red:**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o está en edad de concebir y ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación *Además, usted puede autorreferirse a un quiropráctico de la red para 12 consultas por año calendario para ajustes rutinarios de la columna vertebral. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Servicios quiropráctico**s** cubiertos por Medicare **Copago de $0** – Consultorio de un especialista Servicios quiropráctico**s** rutinarios **Copago de $0** – Consultorio de un especialista
Prueba de detección del cáncer colorrectal Para personas de 50 años de edad y mayores, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopía de detección (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
***Programa de comidas Deliver Fresh** Después de una estadía como paciente internado, usted es elegible para 2 comidas frescas por día durante 5 días, hasta 10 comidas, entregadas en su domicilio. Límite de 4 veces por año. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Cubrimos: • Los servicios dentales necesarios por razones médicas, según la cobertura de Medicare original *La cobertura también incluye los beneficios dentales suplementarios que Medicare original no cubre. Estos beneficios se detallan por separado al final de esta tabla. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, comuníquese con el plan.	**Dentro de la red:** Servicios dentales cubiertos por Medicare **Copago de $0** – Consultorio de un especialista **Beneficios suplementarios de servicios dentales** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios dentales. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios dentales que aparece al final de esta tabla.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado médico primario que puede proveer tratamiento de seguimiento y/o referidos.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles anormales de triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso y tiene un historial familiar de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, usted podría reunir los requisitos para que le hagan hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	**Dentro de la red:** Capacitación para el automanejo de la diabetes **Copago de $0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas. – Estas son las únicas marcas cubiertas de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche, o productos Trividia a veces embalados con el nombre de su farmacia. – CarePlus cubre cualquiera de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que estén especificados en la lista de marcas preferidas de arriba. En general, los productos de marcas no preferidas alternativas no están cubiertos a menos que su médico proporcione la información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en CarePlus y utiliza una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede contactarnos en los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca no preferida alternativa. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar si algún producto de las marcas preferidas enumeradas arriba es apropiado para usted desde el punto de vista médico. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. – Tanto en el caso de afiliados nuevos como los ya existentes, si es necesario por razones médicas que usted utilice o siga utilizando un producto de una marca no preferida alternativa, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a la cobertura para que CarePlus cubra un producto de una marca no preferida hasta el final del año de beneficio. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted (o su proveedor) puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. • Para las personas que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que son provistas con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	– Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio <u>Suministros para el control de la diabetes</u> **Copago de $0** – Proveedor para la diabetes – Farmacia minorista de la red <u>Zapatos y plantillas para diabéticos</u> **Copago de $0** – Proveedor de equipo médico duradero – Proveedor de prótesis

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
El símbolo (servicio preventivo) se aplica únicamente al entrenamiento para el automanejo de la diabetes. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Si desea la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este manual). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento titulado *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). La lista indica las marcas y los fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020**. Por lo general, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare original de las marcas y fabricantes de la lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos digan que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) y utiliza una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar qué marca es apropiada para usted desde el punto de vista médico después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle un referido para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. (Si desea más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)). Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero **Copago de $0** – Proveedor de equipo médico duradero
Electrocardiograma de detección	**Dentro de la red:**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
El ECG de detección, cuando se realiza como referido de un examen físico preventivo inicial (IPPE, por sus siglas en inglés), solo está cubierto una vez en la vida del beneficiario.	no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de prueba de detección con electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés).
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia se refiere a servicios que son: • Provistos por un proveedor acreditado para prestar servicios en casos de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios en casos de emergencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan.	**Dentro de la red:** Servicios en casos de emergencia **Copago de $0** – Sala de emergencias Servicios profesionales y del proveedor **Copago de $0** – Sala de emergencias No paga los costos compartidos por visita a la sala de emergencias si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección. Si usted recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado médico como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado O debe recibir cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y usted pagará la parte de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
***Terapia nutricional mejorada** Los afiliados con diabetes, enfermedad renal o que recibieron un trasplante de riñón en los últimos tres años recibirán 1 sesión de asesoramiento adicional además del beneficio cubierto por Medicare por año calendario Todos los otros afiliados recibirán 4 sesiones de asesoramiento por año calendario.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Las sesiones de asesoramiento se ofrecen de modo personal de parte de un dietista registrado u otro profesional en nutrición y duran una hora.	
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas auditivas y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado médico ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. *La cobertura también incluye los beneficios suplementarios de servicios para la audición que Medicare original no cubre. Estos beneficios se detallan por separado al final de esta tabla. Se puede requerir autorización. Para más detalles, póngase en contacto con el plan.	**Dentro de la red:** Servicios para la audición cubiertos por Medicare **Copago de $0** – Consultorio de un especialista **Beneficios suplementarios de servicios para la audición** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios para la audición. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios para la audición que aparece al final de esta tabla.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar recluido en el hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar (Para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Se puede requerir autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Cuidado de la salud en el hogar **Copago de $0** – Hogar del afiliado Equipo médico duradero **Copago de $0** – Proveedor de equipo médico duradero
Cuidado de hospicio	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Puede recibir cuidado médico por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar <u>En cuanto a los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal</u>: Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare original los servicios que Medicare original paga. <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si usted necesita servicios que no sean de emergencia, ni de cuidado que se necesita con urgencia que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios para usted depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por servicios dentro de la red • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos bajo Cargo por servicio de Medicare (Medicare original) <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de su plan por estos servicios. <u>En cuanto a los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. (*¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?*).	Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). Las consultas de hospicio están incluidas como parte del cuidado de hospitalización. Pueden aplicarse costos compartidos de proveedor en el caso de consultas ambulatorias.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Nota: si usted necesita cuidado médico que no sea de hospicio (cuidado médico que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una por cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la influenza adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la hepatitis B, la influenza y la neumonía.
Cuidado hospitalario a pacientes internados Incluye hospitalización para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidados médicos especiales (como unidad coronaria o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje • Servicios de farmacodependencia para pacientes internados • Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes	**Dentro de la red:** Cuidado de hospitalización **Copago de $0** por admisión – Hospital para pacientes internados Servicios profesionales y del proveedor **Copago de $0** – Hospital para pacientes internados Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de hospitalización necesarios por razones médicas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado en la comunidad, puede elegir obtener sus servicios a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. – Si necesita un trasplante de órgano sólido o de médula ósea/células madre, póngase en contacto con nuestro Equipo de coordinación de casos al 1-866-657-5625 para obtener información importante sobre su cuidado médico de trasplantes. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico **Nota:** para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se requiere autorización previa para el cuidado hospitalario a pacientes internados. Se requiere autorización previa para los servicios de trasplantes.	
Cuidado de la salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen los servicios para el cuidado de la salud mental que requieren estadía en el hospital. • Límite de 190 días de por vida para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos a pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	**Dentro de la red:** Cuidado de la salud mental para pacientes internados **Copago de $0** por admisión – Hospital para pacientes internados – Centro psiquiátrico para pacientes internados Servicios profesionales y del proveedor

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Los días de beneficio utilizados a través del programa Medicare original serán tenidos en cuenta para calcular la reserva de 190 días de por vida al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Se requiere autorización previa para el cuidado de la salud mental para pacientes internados.	**Copago de $0** – Hospital para pacientes internados – Centro psiquiátrico para pacientes internados
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano interno disfuncional o inoperante de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla	Cuando su hospitalización no esté cubierta, los servicios aprobados recibidos continuarán cubiertos según se describe en todo este cuadro de beneficios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando sea referido por el médico. Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare original) y luego 2 horas por año. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con un referido del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar el referido cada año si el tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambiar conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios provistos por médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluido en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos de vía oral • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria Los costos compartidos enumerados se aplicarán a la administración de medicamentos en todos los lugares de tratamiento. El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia por fases: https://www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que estos estén	**Dentro de la red:** Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Farmacia Medicamentos para quimioterapia **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
cubiertos. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. Se puede requerir autorización previa para los medicamentos de la Parte B dentro de la red. También es posible que deba probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto se llama "terapia por fases". Para más detalles, contacte al plan.	
***Coordinación de casos específicos de salud mental (cubierta por Medicaid)** Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, podemos proveer cobertura adicional para los servicios de coordinación de casos específicos. Estos servicios están cubiertos para afiliados con certificación de un administrador de casos específicos de salud mental que indique que estos servicios son necesarios. Vea los servicios cubiertos que se indican a continuación: • Ayuda a personas con discapacidades de salud mental complejas para que accedan a los servicios necesarios para la vida (financieros, de salud, de empleo, sociales) para mejorar la inclusión del afiliado en la comunidad.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
***Días de transición en centro de enfermería (cubierto por Medicaid)** El afiliado no paga nada por los días de transición en un centro de enfermería, hasta 120 días, mientras espera la aprobación para la inscripción en un plan de Cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Disponible para los afiliados que cumplan los siguientes requisitos: • El afiliado necesita servicios de Cuidado a largo plazo, pero aún no está inscrito en el plan LTC • Hay en archivo una Evaluación de preadmisión y revisión de residencia (PASRR, por sus siglas en inglés) completada • El afiliado es elegible para el Programa de cuidado institucional (ICP, por sus siglas en inglés) de Medicaid	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de cuidado médico primario, donde este puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario u otro profesional médico para obtener información más detallada.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia de prevención de obesidad.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Medicare original. Los afiliados de nuestro plan	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides, y el despacho y la administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	– Hospitalización parcial
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Se requiere autorización previa para los escaneos CT, MRA, MRI, prueba de estrés nuclear, escaneos PET, registro PET (NOPR, por sus siglas en inglés), SPECT, diagnóstico molecular y exámenes genéticos, radioterapia y observación ambulatoria. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Pruebas y procedimientos de diagnóstico **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio Servicios de imágenes avanzadas **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Servicios de radiología básicos **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Mamografía de diagnóstico **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Radioterapia **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Servicios de medicina nuclear **Copago de $0** – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Estudio del sueño en un centro médico **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Estudio del sueño en el hogar **Copago de $0** – Hogar del afiliado Cuidado de heridas **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Suministros médicos **Copago de $0** – Proveedor de suministros médicos Colonoscopía de diagnóstico **Copago de $0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio – Consultorio de un especialista Servicios de laboratorio **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio – Laboratorio independiente
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, ellos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y por los estatutos del personal hospitalario para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. **Tenga en cuenta:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente “ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se requiere autorización previa para los escaneos CT, MRA, MRI, prueba de estrés nuclear, escaneos PET, registro PET (NOPR, por sus siglas en inglés), SPECT, diagnóstico molecular y exámenes genéticos y otros servicios hospitalarios ambulatorios.	**Dentro de la red:** Pruebas y procedimientos de diagnóstico **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios de imágenes avanzadas **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios de medicina nuclear **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios de radiología básicos **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Mamografía de diagnóstico **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Radioterapia **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios de laboratorio **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios de cirugía **Copago de $0** – Hospital ambulatorio Servicios para la salud mental **Copago de $0** – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial Servicios en casos de emergencia **Copago de $0** – Sala de emergencias
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen:	**Dentro de la red:** Servicios para la salud mental **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental autorizado por el estado y acreditado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan. • Ciertos servicios de telemedicina, incluidas: sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y sesiones individuales para servicios psiquiátricos. Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de esta vía. Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	– Hospitalización parcial
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Se requiere autorización previa para las terapias físicas, ocupacionales y del habla.	**Dentro de la red:** Terapia física **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Terapia del habla **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Terapia ocupacional **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios
Servicios ambulatorios por farmacodependencia Tiene cobertura para el tratamiento de la farmacodependencia, según lo que está cubierto por Medicare original. Ciertos servicios de telemedicina, incluidas: sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por farmacodependencia. Usted tiene la opción	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige recibir estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de esta vía. Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en hospitales de cuidado médico ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Se requiere autorización previa para abdominoplastia, sinuplastia con balón, blefaroplastia, procedimientos de mama, otoplastia, cateterizaciones cardíacas ambulatorias electivas, implante de pene, rinoplastia, cirugía para la obesidad, cirugías orales y cirugía por apnea obstructiva del sueño. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Servicios de cirugía **Copago de $0** – Hospital ambulatorio – Centro de cirugía ambulatoria
*** Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)** Usted reúne los requisitos para recibir un beneficio de **$100** mensual para utilizar en la compra de productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) disponibles a través de farmacias designadas de CarePlus y otras estaciones de despacho aprobadas. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener información detallada del beneficio o para obtener un formulario de pedido.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
***Medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) (cubiertos por Medicaid)** Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, podría ser elegible para los beneficios adicionales de artículos de venta sin receta. Estos beneficios funcionan en coordinación con los beneficios suplementarios de medicamentos de venta sin receta enumerados en otras partes de este documento. Una selección de artículos de venta sin receta están disponibles a través de farmacias designadas de CarePlus y otras estaciones de despacho	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
aprobadas. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener un formulario de pedido.	
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario para la salud mental, que es más intensivo que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.	**Dentro de la red:** Servicios para la salud mental **Copago de $0** – Hospitalización parcial
***Examen físico (rutinario)** Además de la consulta anual de bienestar o del examen físico "Bienvenido a Medicare", su cobertura incluye el siguiente examen una vez por año: • Evaluación y control de medicina preventiva integral, incluso un historial adecuado para la edad y sexo, examen, y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones de reducción de factor de riesgo **Nota**: los procedimientos de laboratorio o de diagnóstico que se ordenen no estarán cubiertos por este beneficio y usted paga los costos compartidos del plan por esos servicios por separado.	**Dentro de la red:** Exámenes físicos rutinarios **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidados médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos: servicios de médicos de cuidado primario. Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de esta vía. Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología. • Ciertos servicios de telemedicina incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de imágenes avanzadas **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de cirugía **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de derrame cerebral agudo • Controles virtuales breves de 5 a 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o en videoconferencia) si usted es un paciente establecido y el control virtual no está relacionado con una consulta médica en los 7 días previos, ni conlleva una consulta médica en las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible • Evaluación remota de imágenes y/o videos pregrabados que envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas siguientes: si usted es un paciente establecido y la evaluación remota no está relacionada con una consulta médica en los 7 días previos, ni conlleva una consulta médica dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación electrónica de sus registros médicos, si usted es un paciente establecido • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica cancerígena, o servicios que estarían cubiertos si los proveyera un médico) Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	Radioterapia **Copago de $0** – Consultorio de un especialista
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	**Dentro de la red:** Servicios de podología cubiertos por Medicare **Copago de $0** – Consultorio de un especialista Cuidado rutinario de los pies **Copago de $0** – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
*La cobertura también incluye beneficios suplementarios de cuidado rutinario de los pies: • Usted puede autoreferirse para una cantidad ilimitada de consultas por año a un especialista de la red para recibir los siguientes servicios: – Tratamiento de los pies planos o de otras desalineaciones estructurales de los pies – Extracción de callos – Extracción de verrugas – Extracción de callosidades – Higiene Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	
Pruebas de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen dígito rectal • Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos. Además, incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Proveedor de prótesis
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del	**Dentro de la red:**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero que no son alcohólicos. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico acreditado, en un entorno de cuidado médico primario.	no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son**: personas de 55 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una orden escrita para una LDCT durante una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida conforme a los criterios de Medicare para dichas consultas a cargo de un médico o profesional no médico acreditado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* el afiliado debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico acreditado. Si el médico o el profesional no médico acreditado opta por proporcionar una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y la toma de decisiones compartida, cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés).
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) cubiertas por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento sobre STI.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un entorno de cuidado médico primario, como en un consultorio médico.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado médico. Para los afiliados que se encuentran en la etapa IV de su enfermedad renal crónica cuando su médico los refiere, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado médico especial) • Entrenamiento para realizarse autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Servicios de educación sobre la enfermedad renal **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de diálisis renal **Copago de $0** – Centro de diálisis – Hospital ambulatorio Equipo médico duradero **Copago de $0** – Proveedor de equipo médico duradero Cuidado de la salud en el hogar **Copago de $0** – Hogar del afiliado
***Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®** SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a más de 16,000 gimnasios en todo el país que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicio en grupo dirigidas por instructores capacitados en lugares seleccionados. Acceda a educación en línea en **SilverSneakers.com**, mire videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación para acondicionamiento físico	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
SilverSneakers GO™, para ver más ideas de entrenamiento. Los afiliados suelen reunirse para hacer actividades sociales y generan un sentido de comunidad. Su membresía no incluye servicios en un centro de acondicionamiento físico que normalmente tienen una tarifa adicional.	
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de "cuidado en un centro de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les llama "SNF", por sus siglas en inglés). La cobertura incluye hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere una estadía en el hospital anterior. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, ocupacional y del habla • Medicamentos que reciba como parte de su plan de cuidado médico (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Servicios del médico o profesional médico Por lo general, recibirá cuidado de centros de enfermería especializada en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda recibir cuidado de un centro médico que no es un proveedor de la red si este acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar provea cuidado en un centro de enfermería especializada).	Se iniciará un nuevo período de beneficio el primer día que se inscriba por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando se le haya dado de alta de un centro para pacientes internados o centro de enfermería especializada por **60 días consecutivos**. Por período de beneficio, usted paga: **Dentro de la red:** Cuidado de enfermería especializada **Copago de $0** por admisión – Centro de enfermería especializada

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Un centro de enfermería especializada en el que viva su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital. Se requiere autorización previa para el cuidado de enfermería especializada a pacientes internados.	
Dejar de fumar o consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios de prevención para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
***Programa para dejar de fumar** Para ayudarle en su esfuerzo por dejar de fumar o usar productos de tabaco, cubrimos un intento para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento adicional en un período de 12 meses sin costo para usted. Este intento con asesoramiento adicional incluye hasta cuatro consultas personales. Este servicio se puede usar para medidas preventivas o para diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Constar de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital en un entorno para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico	**Dentro de la red:** **Copago de $0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD • Contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional médico de enfermería/especialista en enfermería clínica con formación tanto en técnicas básicas como de soporte vital avanzado La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	
***Transporte** La cobertura incluye ilimitados viajes que no sean en caso de emergencia a localidades aprobadas por el plan dentro del área de servicio del plan. Contacte a Servicios para afiliados para obtener información sobre cómo coordinar el transporte. Los arreglos deben hacerse al menos 3 días hábiles antes de la cita. Es posible que se requiera autorización para viajes de más de 35 millas. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
***Servicios de transporte (cubiertos por Medicaid)** Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, podría ser elegible para los servicios adicionales de transporte a continuación. Estos beneficios funcionan en coordinación con los beneficios suplementarios de servicios de transporte enumerados en otras partes de este documento. Usted tiene cobertura para los siguientes beneficios de servicios de transporte: • Una cantidad ilimitada de viajes sencillos a localidades aprobadas por el plan	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios que se necesitan con urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediatamente. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos.	**Dentro de la red:** Servicios que se necesitan con urgencia **Copago de $0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los costos compartidos por servicios que se necesitan con urgencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios prestados. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Ciertos servicios de telemedicina, incluidos: servicios que se necesitan con urgencia. Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de esta vía. Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología.	Servicios en casos de emergencia **Copago de $0** – Sala de emergencias
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad y mayores, y estadounidenses hispanos de 65 años de edad o mayores. • Para personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen monturas y lentes estándares según lo definido por Medicare; no está cubierto ningún producto de calidad superior (incluidos, entre otros, monturas de lujo, tintes, lentes progresivos o capa antirreflectora). • *La cobertura también incluye los beneficios suplementarios de servicios para la vista que Medicare original no cubre. Estos beneficios se detallan por separado al final de esta tabla.	**Dentro de la red:** Servicios para la vista cubiertos por Medicare **Copago de $0** – Consultorio de un especialista Prueba de detección de glaucoma **Copago de $0** – Consultorio de un especialista Examen de la vista para diabéticos **Copago de $0** – Todos los centros de tratamiento Artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas) **Copago de $0** – Todos los centros de tratamiento **Beneficios suplementarios de servicios para la vista** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios para la vista. Para obtener

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
– **Tenga en cuenta:** la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista de Medicare original indicados anteriormente. El símbolo (servicio preventivo) se aplica únicamente a las pruebas de detección de glaucoma. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	información detallada, consulte la descripción de beneficios suplementarios de servicios para la vista que aparece al final de esta tabla.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertas pruebas de detección y vacunas), y si fuera necesario, referidos para otro tipo de cuidado médico que necesite. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio médico que usted quiere programar una consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".
***Pelucas (relacionadas con tratamiento de quimioterapia)** Su cobertura incluye un beneficio máximo ilimitado por año calendario por pelucas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) participante. Se requiere autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Beneficio suplementario dental obligatorio DEN874

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios dentales:

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Servicios dentales • Examen(Exámenes) oral(es) preventivo(s) (Dos total(es) por año calendario), ya sea un examen oral integral (un procedimiento cada tres años) o un examen oral periódico (Dos procedimientos por año calendario) • Profilaxis (limpiezas) (Dos procedimientos por año calendario) • Alisado y raspado radicular (limpieza profunda) (Un procedimiento por año calendario, por cuadrante) • Radiografías de mordida (Dos juegos por año calendario)	Copago de **$0**

- Radiografía(s) panorámica(s) (Un procedimiento por año calendario)
- Empastes de amalgama (plata) o de resina de composite (blanca) (Cuatro procedimientos por año calendario)
- Extracciones (sacar dientes) quirúrgicas o no quirúrgicas (Seis procedimientos por año calendario)
- Corona(s) (Dos procedimientos por año calendario)
- Conducto radicular (Un procedimiento por año calendario)
- Dentadura postiza completa (superior e inferior) (una dentadura postiza completa superior y una dentadura postiza completa inferior cada cinco años, incluido el cuidado rutinario después de la entrega) o prótesis parciales (superior e inferior) (una prótesis superior y/o inferior parcial cada cinco años, incluido cuidado rutinario después de la entrega)
- Revestimiento de dentadura postiza (Un procedimiento por año calendario)
- Anestesia necesaria con servicio cubierto

Debe visitar a un proveedor de la red dental participante para recibir los beneficios dentales. Se incluye una lista de los códigos de los servicios cubiertos por este plan en el paquete anual para el afiliado que se le envía por correo antes del 1 de enero de cada año.

Consulte el Directorio de proveedores para obtener los nombres y las ubicaciones de los proveedores participantes en su área o llame a Servicios para afiliados al número impreso en la contraportada de este manual.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición HER845

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios de un proveedor de servicios para la audición o de audífonos de la red:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen auditivo rutinario (1 por año)	**$0**
Ajuste/evaluación de audífonos (1 por año)	**$0**
Audífono(s) (1 por oído por año) Tenga en cuenta: incluye suministro de 1 mes de baterías y garantía de 1 año.	Cualquier cantidad que exceda **$1,000** por oído por año

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista VIS029

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios relacionados con la vista:

Descripción del beneficio	Usted paga
• Examen rutinario de la vista (1 por año calendario) • El examen de la vista incluirá refracción y dilatación	**$0**
• Paquete de monturas y lentes Usted puede elegir: – Beneficio para la compra y el ajuste de anteojos y un par de lentes o lentes de contacto en un proveedor de servicios ópticos de la red (por año calendario) Los lentes de contacto incluirán los convencionales o los desechables. O – **3** par(es) de ciertos anteojos gratuitos por año calendario. Cualquier mejora adicional al par selecto correrá por su cuenta.** La protección ultravioleta y la capa contra rayaduras están incluidas para todos los lentes de anteojos sin cargo.	Cualquier cantidad que exceda **$400**

**Consulte a un proveedor de servicios ópticos de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo

- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.
- Tenga en cuenta: los beneficios son ofrecidos en base al año calendario. Si estos beneficios se cambian o se eliminan el próximo año o el año después y usted no los ha utilizado, dejará de ser elegible para recibir los beneficios descritos anteriormente.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están "excluidos". Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios. En algunos casos, cubrimos artículos o servicios que están excluidos por Medicare dentro de los beneficios de Medicaid de nuestro plan. Para obtener más información acerca de los beneficios de Medicaid, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna condición o que están cubiertos por el plan solamente en condiciones específicas.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que están en la tabla a continuación, salvo en las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si después de una apelación se comprueba que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este manual).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Medicare original	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Medicare original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare original, dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierta solamente cuando sea considerada necesaria por razones médicas.
Artículos personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.	✓	
Cuidado de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
*Cuidado personal no médico es cuidado provisto en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no requiere cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada.		✓ Consulte los días de transición en un centro de enfermería (cubierto por Medicaid) en la Sección 2.1, Tabla de beneficios médicos
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluidas tareas simples del hogar o preparación de comidas simples.	✓	
Gastos generados por cuidado médico por parte de familiares directos o personas que habiten en su hogar.	✓	
Procedimientos o cirugías estéticas.		✓ • Cubiertos en los casos de lesiones por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado dental que no sea rutinario.		✓ El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado médico para un paciente internado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo del aparato ortopédico o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.
Dispositivos ortopédicos para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Procedimientos para la reversión de la esterilización y/o suministros de anticoncepción no recetados.	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios de naturópatas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cargos por los equipos utilizados principalmente y habitualmente con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso remoto relacionado con la medicina.		✓ Cubiertos solo cuando sean necesarios por razones médicas.

*El cuidado personal no médico es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otro lugar de esta Evidencia de cobertura, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare original ni por nuestro plan:**

- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la vista deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas y, según se describe en la Tabla de beneficios, sujeto a limitaciones.
- Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando los servicios en casos de emergencia se reciben en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los afiliados continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la audición, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier cargo por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquiera de los servicios por encima de los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o por cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o por el cual usted no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios provistos por autorización o consulta médica.

- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos dañados o perdidos.
- Cualquier cargo por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenece a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio únicamente para dispositivos comprados de proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicios de audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios cubiertos), accesorios para audífonos, cargos por la devolución de audífonos, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 48 baterías gratuitas por audífono adquirido).

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor de servicios ópticos que no pertenece a la red.
- No hay característica de disminución de saldo; se debe utilizar todo el subsidio en una visita o transacción.
- Lentes para deportistas o industriales.
- Prismas.
- Gafas de sol normales.
- Tres pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de monturas o lentes perdidos o dañados.
- Cualquier gasto que está cubierto por un programa de compensación laboral, Medicare o cualquier otro programa del gobierno.
- Cualquier gasto que usted no esté obligado a pagar por ley.
- Cualquier artículo que no esté contenido en la descripción de cobertura.
- Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
- Costos relacionados con conseguir dichos materiales como lentes y monturas.
- El tratamiento médico o quirúrgico de los ojos es provisto como parte de su beneficio médico.
- Cualquier examen oftalmológico, o el uso de cualquier artículo correctivo para la vista, requerido por un patrono como condición de empleo.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 101

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 101

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 102

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 102

Sección 2.1 Para que se cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red 102

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red 103

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan 104

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 105

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? 105

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan 107

Sección 3.1 La "Guía de medicamentos" le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos 107

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos en la Guía de medicamentos 108

Sección 3.3 ¿Cómo puede verificar si un medicamento específico está incluido en la Guía de medicamentos? 109

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 109

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 109

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 110

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 110

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía? 111

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía 111

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Guía de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma? 112

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto? 114

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?.....115

Sección 6.1 La Guía de medicamentos puede cambiar durante el año.....115

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....115

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 117

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 117

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliado del plan al surtir un medicamento recetado.....118

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliado 118

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva con usted la tarjeta de afiliado?.....119

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 119

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan? 119

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)? 119

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura para medicamentos de un plan grupal de su patrono o de jubilados? 120

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?.....120

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos.....121

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura 121

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opiáceos de manera segura 121

Sección 10.3 Administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos 122

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, es elegible para recibir y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como usted está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información que se presenta en esta** *Evidencia de cobertura* **acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos la información por separado llamada "*Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*" (también denominada "Cláusula del subsidio por ingresos limitados" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicios para afiliados y pida la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura para medicamentos de la Parte D, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura para los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, entre ellos, determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una consulta médica y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos podrían estar cubiertos por Medicare original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre medicamentos y servicios de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos conforme al beneficio de hospicio de Medicare. Si desea más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y de Medicare original.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Guía de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de Medicaid para medicamentos.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista o algún otro proveedor que recete medicamentos) que le recete su medicamento por escrito.
- El profesional que recete medicamentos deberá aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS que demuestre que está acreditado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D se rechazará. Deberá preguntarles a los profesionales que le receten medicamentos si cumplen esta condición la próxima vez que los llame o visite. Si no es así, debe tener presente que le tomará tiempo al profesional que recete medicamentos presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan (para abreviar, la llamamos "Guía de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está o bien aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o bien respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proveerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Guía de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándares y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos compartidos pueden ser menores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (**es.careplushealthplans.com/directories**), o llamar a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser aún menores para sus medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos en vez de una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos estándares. El *Directorio de proveedores* le informará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede contactarnos para obtener más información sobre cómo sus gastos de desembolso personal podrían ser diferentes para diferentes medicamentos. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita una repetición de receta de un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. O si la farmacia que ha estado utilizando se mantiene dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que usted quiera cambiar a otra farmacia. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o utilizar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web **es.careplushealthplans.com/pharmacy-finder**.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, los medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proporcionan medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que usted pueda recibir periódicamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que, por lo general, es la farmacia que el centro de LTC utiliza. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para afiliados.
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas, el Programa de salud tribal o el Programa urbano de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Tenga en cuenta: esta situación debería suceder con poca frecuencia).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores* o llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proveen a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos "de pedido por correo"** en nuestra Guía de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite **un suministro de hasta 90 días.**

Tenemos farmacias de pedido por correo en nuestra red que ofrecen costos compartidos estándares y farmacias de pedido por correo que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede usar cualquiera pero su porción del costo generalmente será menor con una farmacia de pedido por correo que ofrece costos compartidos preferidos. Si usa una farmacia de pedido por correo que no está en la red del plan, su medicamento recetado no será cubierto.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia de pedido por correo en un plazo no mayor a 10 días. Cuando piense usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle al médico que escriba dos recetas para los medicamentos: una la enviará para pedirlos por correo, y otra la puede surtir en persona en una farmacia dentro de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, no tendrá un período sin medicamento si su pedido por correo se demora. Si tiene problemas para surtir sus medicamentos mientras espera por el pedido por correo, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos de nuevas recetas que reciba de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar con usted primero, si:

- Ha usado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de los medicamentos de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos ahora o en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si recibe un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y por el que no se le contactó para consultarle si lo quería antes de ser enviado, es posible que usted sea elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe cada nuevo medicamento recetado automáticamente, por favor contáctenos llamando a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide no continuar con el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia lo contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento sea surtido y enviado inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (lo que incluye la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que sea enviado y que se

emita la factura. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para que sepan qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Para optar por no recibir envíos automáticos de los medicamentos las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, contáctenos llamando a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Repeticiones de medicamentos recetados de pedido por correo. Para las repeticiones de recetas, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se terminen los medicamentos que tiene disponibles para asegurarse de que se le envíe a tiempo el próximo pedido.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmarle su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de contactar a usted. Llame a la farmacia para proveerle sus preferencias de comunicación. Para encontrar la información de contacto de la(s) farmacia(s) de pedido por correo, puede consultar su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/directories**) o llamar a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser inferiores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") de medicamentos "de mantenimiento" en la Guía de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proveerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar **los servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos "de pedido por correo"** en nuestra Guía de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite al *menos* un suministro de 30 días del medicamento y *no más* de un suministro de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información acerca del uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su medicamento recetado puede cubrirse en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos recetados como afiliado de nuestro plan. En caso de que usted no pueda utilizar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red:

- **Si necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica**
  - Cubriremos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red en caso de que los medicamentos estén relacionados con el cuidado de una emergencia médica. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red. Si usted va a una farmacia fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).
- **Si necesita cobertura mientras viaja fuera del área de servicio del plan**
  - Si usted regularmente toma un medicamento recetado y se va de viaje, asegúrese de revisar el suministro de su medicamento antes de viajar. En lo posible, lleve toda la cantidad del medicamento que necesite. Es posible que pueda hacer un pedido de sus medicamentos recetados de antemano a través de nuestro servicio de pedido por correo, o a través de una farmacia minorista de la red que ofrezca suministros prolongados. Si usted está viajando fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los EE.UU. y sus territorios y se enferma, o se le acaban sus medicamentos recetados, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda surtir su medicamento recetado. Si no hay disponible una farmacia de la red, cubriremos los medicamentos recetados que usted surta en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de la cobertura identificadas en este documento. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado.
  - Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red. Usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).
  - **Sin embargo, tenga en cuenta que la sucesión de varios casos de reclamaciones de farmacias fuera de la red que no sean de emergencia resultará en reclamaciones rechazadas. Además, no podemos pagar por medicamentos robados o por medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica, como, por ejemplo, en un crucero.**

Otras ocasiones en que sus medicamentos recetados pueden ser cubiertos al ser surtidos en farmacias fuera de la red. Estas situaciones se cubrirán a una tarifa por fuera de la red. En estas situaciones, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si usted va a una farmacia o proveedor fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso). Cubriremos su medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red, si al menos una de las siguientes opciones aplica:

- No puede obtener un medicamento cubierto que necesita de inmediato debido a que no hay farmacias de la red abiertas dentro de una distancia razonable para conducir.
- Su receta es para un medicamento de especialidad que las farmacias dentro de la red generalmente no tienen en existencia.
- Era elegible para Medicaid al momento en que recibió el medicamento recetado incluso si aún no estaba inscrito. Esto se conoce como inscripción retroactiva.
- Fue evacuado de su casa debido a una emergencia de salud pública, estatal o federal y no tiene acceso a una farmacia dentro de la red.
- Si usted recibe un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras se encuentra como paciente en la sala de emergencias, clínica de un proveedor, clínica de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

En estas situaciones, **primero consulte a Servicios para afiliados** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al momento de surtir su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Guía de medicamentos" le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una "*Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*)". En esta *Evidencia de cobertura*, **se llama "Guía de medicamentos", para abreviar.**

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

La Guía de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Guía de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de Medicaid para medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Guía de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación

aceptada por razones médicas. Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está *o bien*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para la que fue recetado).
- -- *o bien* -- respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y, en el caso de cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y la Clinical Pharmacology o sus versiones posteriores).

La Guía de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igualmente efectivo que el medicamento de marca y con frecuencia su costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta sin receta

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados e igualmente efectivos. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué *no* incluye la Guía de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Guía de medicamentos.

Para obtener información acerca de los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid, contacte a su agencia estatal de Medicaid al número de teléfono que aparece en el Anexo A de este folleto.

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos en la Guía de medicamentos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos - Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos - Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos - De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4.

- **Nivel 4 de costos compartidos - Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos - Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede verificar si un medicamento específico está incluido en la Guía de medicamentos?

Tiene tres formas de verificarlo:

1. Consulte la Guía de medicamentos más reciente que le proporcionamos por medios electrónicos. (Tenga en cuenta: la Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyeron en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o póngase en contacto con Servicios para afiliados para verificar si está cubierto por el plan).
2. Visite el sitio web del plan (**es.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020-prescription-drug-guides**). La Guía de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para afiliados para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Guía de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura para medicamentos más a su alcance.

En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como un medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior. Además, debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare para la cobertura para medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea estar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la

exención de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones).

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Guía de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos, basados en factores como la concentración, cantidad o formato del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; una por día versus dos por día; comprimido versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las siguientes secciones le proveen más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando está disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proveerán la versión genérica.** En general, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado los motivos médicos por los que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección serán efectivos para usted, cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama "**autorización previa**". A veces, el requisito de obtener la aprobación anticipada ayuda en la asesoría del uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A cuesta menos, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina "**terapia por fases**".

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir, limitando la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

La Guía de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desee tomar, consulte la

Guía de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020-prescription-drug-guides**).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe ponerse en contacto con Servicios para afiliados para conocer lo que debería hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea estar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la exención de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en este con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que primero pruebe un medicamento diferente para ver si es eficaz, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O podría haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que realicemos una exención de la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree conveniente. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de cinco niveles de costos compartidos diferentes. Lo que deba pagar por su medicamento recetado depende en parte del nivel de costos compartidos en que esté el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento (solo los afiliados en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no está en la Guía de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta forma tiene más tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

1. **El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:**
   - El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Guía de medicamentos del plan**.
   - -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).
2. **Usted debe estar en alguna de las situaciones que se describen a continuación:**
   - **Para los afiliados quienes son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**
     Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días como afiliado del plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar malgasto).
   - **Para los afiliados que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**
     Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento particular, o menos si el medicamento está recetado por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.
   - **Suministro de transición para afiliados actuales con cambios en el lugar de tratamiento:**

     Si el lugar donde recibe tratamiento cambia durante el año del plan, puede necesitar un suministro a corto plazo de los medicamentos durante la transición. Por ejemplo:

- Le dan de alta de un hospital o centro de enfermería especializada (donde sus pagos de la Parte A de Medicare incluyen costos de medicamentos) y necesita un medicamento recetado de una farmacia para continuar tomando el medicamento en su casa (usando el beneficio del plan de la Parte D); o
- Usted se transfiere de un centro de enfermería especializada a otro.

Si cambia de lugar de tratamiento y necesita surtir un medicamento recetado en una farmacia, cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare, para que no se interrumpa su tratamiento con el medicamento.

Si usted cambia de lugar de tratamiento varias veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa para la cobertura ininterrumpida de su medicamento.

Políticas para el suministro temporal de medicamentos durante el período de transición

Consideramos los primeros 90 días del año del plan del 2020 un período de transición si es un afiliado nuevo, cambió de planes o hubo cambios en su cobertura para medicamentos. Como se describió antes, existen varias maneras en las que podemos asegurarnos de que obtenga un suministro temporal de sus medicamentos, si fuera necesario, durante el período de transición.

Durante los primeros 90 días, puede obtener un suministro temporal si tiene una receta actual para un medicamento que no se encuentra en nuestra Guía de medicamentos, o requiere autorización previa debido a restricciones. Las condiciones para obtener un suministro temporal se describen a continuación.

Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo

Cubriremos hasta un suministro de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare (o menos, si la receta es por un período más corto). Mientras tenga su suministro temporal, hable con su médico sobre qué debe hacer después de haber usado el suministro temporal. Es posible que pueda cambiar a un medicamento cubierto que sea igualmente efectivo para usted. Usted y su médico pueden solicitar una excepción si piensa que es necesario continuar con el mismo medicamento por razones médicas.

Suministro de transición si se encuentra en un Centro de cuidado a largo plazo

Cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Esta cobertura está disponible en cualquier momento durante el período de transición de 90 días, siempre que su medicamento recetado actual se surta en una farmacia en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene problemas para obtener un medicamento recetado más adelante en el año del plan (después del período de transición de 90 días), cubriremos un suministro de emergencia de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. El suministro de emergencia le permitirá continuar con su tratamiento con el medicamento mientras que usted y su médico solicitan una excepción o autorización previa para continuar.

Extensión del período de transición

Si solicitó una excepción o presentó una apelación por la cobertura de un medicamento, puede que sea posible extender el período de transición temporal mientras procesamos su solicitud. Si piensa que debemos extender el período de transición para asegurarse de recibir los medicamentos según los necesite, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Costos de los suministros temporales

Su copago o coseguro por el suministro temporal de un medicamento se basará en los niveles de costos compartidos de medicamentos aprobados de su plan. Si es elegible para un subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2020, su copago o coseguro no excederá su límite de LIS.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Puede cambiar por otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que le haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté incluido en la Guía de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por anticipado para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le proveeremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

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

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

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, en primer lugar, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría ser igualmente efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar

un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Guía de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar cambios a la Guía de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Guía de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la Guía porque se descubre que no es eficaz.
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costos compartidos.**
- **Añadir o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (si desea más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios a la Guía de Medicamentos durante el año, publicamos en nuestro sitio web información sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Guía de Medicamentos en línea de forma periódica y programada para incluir cualquier cambio que se haya producido después de la última actualización. A continuación, se indican las ocasiones en las que se le avisaría directamente a usted si se hacen cambios en un

medicamento que esté tomando. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en la cobertura para medicamentos le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Guía de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Guía de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Guía de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel superior de costos compartidos o añadir nuevas restricciones.
  - Es posible que no se lo informemos por adelantado antes de hacer ese cambio, aunque usted esté usando el medicamento de marca
  - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).
  - Si está usando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una excepción de modo que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Guía de medicamentos que se retiran del mercado**
  - Ocasionalmente, un medicamento puede ser retirado del mercado de forma repentina porque se demuestra que no es seguro o por otros motivos. En este caso, retiraremos de inmediato el medicamento de la Guía de medicamentos. Si usted utiliza ese medicamento, le informaremos inmediatamente de este cambio.
  - El profesional que receta también tendrá conocimiento de ese cambio y puede ocuparse de buscar con usted otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Guía de medicamentos**
  - Una vez iniciado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que esté usando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios basados en advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos informarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o bien informarle sobre el cambio y proveerle una repetición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir la notificación del cambio, debe analizar junto con el profesional que receta la posibilidad de comenzar a utilizar un medicamento diferente que cubramos.
- O bien usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Cambios en medicamentos de la Guía de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente usan el medicamento: en caso de cambios en la Guía de medicamentos no descritos anteriormente, si usted usa el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si cambiamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Si imponemos una nueva restricción para su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Guía de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido al retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio expresado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Este año, usted no recibirá notificación directa de los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Guía de medicamentos del nuevo año para corroborar si ha habido algún cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección (excepto algunos medicamentos excluidos cubiertos dentro de nuestra cobertura para medicamentos mejorada). La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este manual). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted debe pagarlo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir los usos no prescritos. El "uso no prescrito" es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - En general, la cobertura de los "usos no prescritos" se permite solo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System y, en el caso de cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y la Clinical Pharmacology o sus versiones posteriores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el "uso no prescrito".

Además, según lo exige la ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden cubrirse por su cobertura para medicamentos de Medicaid. Póngase en contacto con la agencia estatal de Medicaid para obtener más información. La información de contacto de la agencia estatal de Medicaid se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliado del plan al surtir un medicamento recetado

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliado

Para surtir el medicamento recetado, muestre ambos su tarjeta de afiliado del plan y su tarjeta de afiliado de Medicaid en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de afiliado del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan nuestra parte de los costos de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su medicamento recetado.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid además de su tarjeta de afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) para que su proveedor tenga conocimiento de que usted puede tener cobertura adicional.

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

Si no lleva con usted la tarjeta de afiliado del plan al momento de surtir su medicamento recetado, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado cuando lo recoja**. (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las normas para recibir la cobertura para medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le provee más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que proporciona medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para verificar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo afiliado del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en la Guía de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será para un máximo de *91 a 98* días, o menos si su medicamento está recetado por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar malgasto). Si usted ha sido afiliado del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Guía de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su medicamento está recetado por menos días.

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente efectivo para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica lo que debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura para medicamentos de un plan grupal de su patrono o de jubilados?

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de un plan grupal de su patrono (o el de su cónyuge) o de jubilados? De ser así, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura para medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura del plan grupal de su patrono o de jubilados. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la "cobertura válida":

Cada año el plan grupal de su patrono o de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es "válida" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura de su plan grupal es **"válida"**, significa que el plan tiene cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura válida, ya que es posible que las necesite más adelante. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió la notificación de la cobertura válida por parte de su plan grupal del patrono o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su plan del patrono o de jubilados, o del patrono o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento antiemético, laxante, calmante o ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación, ya sea del profesional que recete o del proveedor del hospicio, de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de un medicamento no relacionado que debe ser cubierto por nuestro plan, puede solicitar al proveedor del hospicio o al profesional que recete que verifique que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida que se surta el medicamento recetado en una farmacia.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe traer la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las normas para recibir la cobertura para medicamentos por la Parte

D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le provee más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros afiliados para ayudar a garantizar que estén recibiendo un cuidado médico seguro y adecuado. Estas revisiones son especialmente importantes para los afiliados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte un medicamento recetado. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamento.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Medicamentos recetados que contienen ingredientes a los cuales sea alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si observamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo analizaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados utilicen con seguridad sus medicamentos opiáceos recetados u otros medicamentos de los cuales se hace frecuentemente un uso indebido. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene a través de varios médicos o farmacias, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y necesario por razones médicas. En colaboración con sus médicos, si decidimos que usted corre el riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas, es posible que limitemos la manera en la que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en una sola farmacia.

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas a través de un solo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta incluirá información con explicaciones de los términos de las limitaciones que consideramos se deben aplicar en su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de su riesgo de abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y el profesional que receta tendrán derecho a solicitarnos una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si padece determinadas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidado de hospicio, paliativo o de paciente terminal, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos afiliados padecen diversas afecciones médicas, toman diferentes medicamentos a la vez, y tienen costos de medicamentos elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los afiliados. Un grupo de farmacéuticos y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Un programa se conoce como el Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Se puede hablar de la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que le recomienda lo que usted puede hacer para utilizar sus medicamentos de la mejor forma posible, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es buena idea que revisen sus medicamentos antes de su consulta anual de "Bienestar", para que pueda hablar con el médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, póngase en contacto con Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 126

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura para medicamentos 126

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos 127

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento 127

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)? 127

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 129

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "*SmartSummary*" 129

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos 129

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos 130

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado **$335** por sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos 130

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 131

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado 131

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para *un mes* 132

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar los costos del suministro del mes entero 134

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento 134

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a **$4,020** 135

SECCIÓN 6 Durante el Período sin cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos 136

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin cobertura hasta que los gastos de desembolso personal lleguen a **$6,350** 136

Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los gastos de desembolso personal para medicamentos recetados 136

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 139

Sección 7.1 Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 139

SECCIÓN 8 Información acerca de beneficios adicionales 139

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 139

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 140

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 140

Sección 9.2 Puede llamarnos a Servicios para afiliados antes de recibir una vacuna 141

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, es elegible para recibir y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como usted está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información que se presenta en esta** *Evidencia de cobertura* **acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponde a usted.** Le enviamos la información por separado llamada "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también denominada "Cláusula del subsidio por ingresos limitados" o "Cláusula LIS", por sus siglas en inglés), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicios para afiliados y pida la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura para medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por las Partes A o B de Medicare o por Medicaid.

Para entender la información sobre pagos que le proveemos en este capítulo, debe conocer conceptos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos conceptos básicos:

- La Guía de medicamentos recetados (Formulario) del plan. Para simplificar, la llamamos "Guía de medicamentos".
  - Esta Guía de medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
  - Además, le indica en cuál de los cinco "niveles de costos compartidos" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura del medicamento.
  - Si necesita una copia de la Guía de medicamentos, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Guía de medicamentos en nuestro sitio web en **es.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020-prescription-drug-guides**. La Guía de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **El Capítulo 5 de este manual.** En el Capítulo 5 se proveen los detalles de la cobertura para medicamentos recetados, incluidas las normas que debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. Además, el Capítulo 5 le indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores* del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). El *Directorio de proveedores* tiene una lista de farmacias de la red del plan. También le indica qué farmacias en nuestra red le

pueden proveer un suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, cómo surtir un medicamento recetado para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para comprender la información de los pagos que le proveemos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama "costos compartidos", y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos que reciba antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)?

Como se muestra en la tabla a continuación, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en CareNeeds PLUS (HMO D-SNP). La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra en el momento de surtir un medicamento recetado o una repetición del medicamento recetado.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, la cantidad de su deducible es o bien **$0** o bien **$89**, según el nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el folleto por separado, la "Cláusula LIS", para saber la cantidad de su deducible). Si su deducible es de **$0**: esta etapa de pago no le corresponde a usted. Si su deducible es de **$89**: **usted paga el costo total** de sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos hasta que haya pagado **$89** por sus medicamentos. (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos del Nivel 1 de costos compartidos y **usted paga la parte de los costos que le corresponde**. Después de que usted (u otros en su nombre) haya cumplido con el deducible del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos y usted paga la parte que le corresponde. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales anuales hasta la fecha de sus medicamentos"** (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen **$4,020** (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el **25%** del precio de medicamentos de marca (más una porción de la tarifa de despacho) y **25%** del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"gastos de desembolso personal"** anuales hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de **$6,350**. Esta cantidad y las normas para que los costos cuenten en esta cantidad han sido establecidas por Medicare. (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan paga la mayor parte de los costos** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "*SmartSummary*"

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus medicamentos recetados o recibir una repetición del medicamento recetado en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de la cantidad que pagó. Esto se conoce como gastos **"de desembolso personal"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que usted paga de su desembolso personal u otras personas pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *SmartSummary* cuando haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le provee los detalles de pagos de los medicamentos recetados que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información "anual hasta la fecha". Indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

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

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

- **Muestre su tarjeta de afiliado al surtir sus medicamentos recetados.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que surta sus medicamentos recetados.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay momentos en que, cuando usted paga sus medicamentos recetados, no recibimos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal, puede enviarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo del medicamento que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2, de este manual). Estos son algunos tipos de situaciones en las que posiblemente desee darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos de medicamentos:
  - Cuando compra 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 realizó un copago por medicamentos provistos dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
  - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal y le ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de salud para indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de desembolso personal. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba el *SmartSummary* por correo, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $335 por sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos

Debido a que la mayoría de nuestros afiliados recibe "Ayuda adicional" con los costos de los medicamentos recetados, la Etapa de deducible no les corresponde a muchos de ellos. Si recibe "Ayuda adicional", la cantidad de su deducible depende del nivel de "Ayuda adicional" que recibe. Usted:

- No pagará un deducible
- --o-- Pagará un deducible de **$89**.

Consulte el folleto por separado (la “Cláusula LIS”) para obtener información sobre la cantidad de su deducible.

Si no recibe “Ayuda adicional,” la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de **$335** por los medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos** hasta que alcance la cantidad deducible del plan. Para todos los otros medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su **"costo total"** es, por lo general, más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que usted haya pagado **$335** por sus medicamentos del Nivel 2 de costos compartidos, Nivel 3 de costos compartidos, Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos, usted sale de la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (su cantidad del copago o de coseguro). La parte de los costos que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su medicamento recetado.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Farmacias minoristas de la red
- Farmacias minoristas de la red que ofrecen costos compartidos preferidos
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores* del plan.

Por lo general, cubriremos sus medicamentos recetados *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a las farmacias de la red que ofrezcan costos compartidos preferidos o a otras farmacias de la red que ofrezcan costos compartidos estándares para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrezcan costos compartidos preferidos.

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para *un mes*

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o bien un coseguro.

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

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento. Tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o bien* la cantidad del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

	Costos compartidos minoristas estándares (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5). * (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$10**	**$0**	**$10**	**$0**	**$10**	**$10**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$20**	**$4**	**$20**	**$4**	**$20**	**$20**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**$47**	**$47**	**$47**	**$47**	**$47**	**$47**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**$100**	**$100**	**$100**	**$100**	**$100**	**$100**
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	**26%**	**26%**	**26%**	**26%**	**26%**	**26%**

* Usted paga el costo compartido dentro de la red más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red por los medicamentos recetados cubiertos recibidos de una farmacia que no pertenece a la red.

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar menos de un suministro de un mes de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que desee pedir que su médico le recete menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted está probando un medicamento por primera vez y se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, usted no tendrá que pagar por el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, como el costo entero del medicamento será menor si recibe menos de un suministro de un mes completo, la *cantidad* que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, el copago se basará en el número de días del medicamento que usted recibe. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costos compartidos") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.
  - Este es un ejemplo: supongamos que el copago por el medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que usted tenga que pagar por un suministro de un mes entero. También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro de un mes completo de un medicamento o de medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor la fecha de repetición de los diferentes medicamentos recetados y así realizar menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá del número de días de suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como "suministro prolongado") al surtir su medicamento recetado. Los medicamentos de especialidad u otros medicamentos que el plan considere no elegibles para un suministro prolongado no reúnen los requisitos para un suministro prolongado. Consulte su Guía de medicamentos recetados para saber qué medicamentos están restringidos. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (hasta 90 días).

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un

medicamento recetado cubierto por la Parte D:

	Costos compartidos minoristas estándares (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$30**	**$0**	**$30**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$60**	**$12**	**$60**	**$0**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**$141**	**$141**	**$141**	**$131**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**$300**	**$300**	**$300**	**$290**
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5			

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a $4,020

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que surtió y repitió alcance el **límite de $4,020 para la Etapa de cobertura inicial**.

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

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los gastos de desembolso personal). Esto incluye:
  - La cantidad total que usted pagó mientras estaba en la Etapa de deducible, que es o bien **$0** o bien **$89**.
  - El total que pagó como la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial
- **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante

2020, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados para estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o sus costos totales de gastos de desembolso personal.

El *SmartSummary* que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted y el plan, así como terceros, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de **$4,020** en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad de **$4,020**. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará al Período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante el Período sin cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin cobertura hasta que los gastos de desembolso personal lleguen a $6,350

Cuando usted se encuentra en el Período sin cobertura, el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura provee descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el **25%** del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante cuentan para los gastos de desembolso personal como si usted hubiera pagado ambas cantidades y le ayuda a pasar el Período sin cobertura.

Además, recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del **25%** del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (**75%**) no cuenta para los gastos de desembolso personal. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el Período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del **25%** de los costos de los medicamentos genéricos hasta que el total anual de sus gastos de desembolso personal llegue a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2020, esa cantidad es de **$6,350**.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de desembolso personal. Cuando usted alcanza un límite de gastos de desembolso personal de **$6,350**, deja el Período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los gastos de desembolso personal para medicamentos recetados

Las siguientes son las normas de Medicare que debemos seguir al llevar un registro de sus gastos de desembolso personal para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Al realizar la suma de los gastos de desembolso personal, ***puede incluir*** *los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas para la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual)*:

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - El Período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en los gastos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas.** Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por el Servicio de salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya gastado un total de **$6,350** de gastos de desembolso personal en un año calendario, pasará del Período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Al realizar la suma de los gastos de desembolso personal, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Los medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Los medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos cubiertos dentro de nuestra cobertura adicional pero que habitualmente no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Período sin cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del patrono.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, un programa de compensación laboral).

Recuerde: si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes paga parte o todos los gastos de desembolso personal por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Para proveer esa información, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de desembolso personal?

- **Le ayudaremos.** El informe *SmartSummary* que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de **$6,350** en gastos de desembolso personal durante el año, este informe le indicará que usted ha dejado el Período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Usted es elegible para la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de desembolso personal hayan alcanzado el límite de **$6,350** para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, sus costos de medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Durante esta etapa, la parte del costo que le corresponde por los medicamentos cubiertos será:

- **$0;** *o*
- Un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor:*
  - –*puede ser* - Coseguro del **5%** del costo del medicamento
  - –*o* – Copago de **$3.60** por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como genérico y un copago de **$8.95** por todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el folleto por separado, la "Cláusula LIS", para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Información acerca de beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Nuestro plan ofrece la siguiente cobertura adicional:

- Ciertos medicamentos para la disfunción eréctil están cubiertos con copagos del Nivel 1 según el lugar

Debido a que usted es elegible para recibir beneficios de Medicaid, podemos proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Consulte la Guía de medicamentos recetados para saber los medicamentos para los cuales estamos ofreciendo cobertura adicional o llame a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta. Pueden aplicarse límites de despacho.

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

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan provee cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. Además, cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para aprender sobre la cobertura de dichas vacunas, puede consultar la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la "aplicación" de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para aprender sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios, lo que está cubierto)*.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Guía de medicamentos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

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

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la administración de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso.
- En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la vacuna, solamente pagará la parte de los costos que le corresponde.

Para mostrarle el funcionamiento, a continuación, se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con vacunas (incluida la administración) durante la Etapa de deducible y el Período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago habitual por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional," le reembolsaremos esa diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

Sección 9.2 Puede llamarnos a Servicios para afiliados antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para afiliados cuando planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte de los costos que le corresponde.

- Podemos informarle de qué manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 145

Sección 1.1 Si paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 145

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida 147

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago 147

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no 148

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento 148

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el cuidado médico o el medicamento, puede realizar una apelación 148

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 149

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal por medicamentos 149

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos – usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por cuidado médico o medicamentos recibidos, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envía la factura, examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse "reembolso"). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envía una factura que usted ya pagó, examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida.

1. **Cuando recibió cuidado médico que se necesita con urgencia o en caso de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios en casos de emergencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. Cuando recibe servicios en casos de emergencia o que se necesitan con urgencia por parte de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe solicitar al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado médico, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
     - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar**

   Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague por sus servicios.

   - No permitimos que los proveedores le facturen a usted los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.

- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado. Debe solicitarnos el reembolso de sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviar documentación para que manejemos el reembolso. Contacte a Servicios para afiliados para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límite para presentar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de afiliado en una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información). Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva su tarjeta de afiliado del plan

Si no lleva su tarjeta de afiliado del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento recetado usted mismo. Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle por el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. Esto se conoce como tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos por el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)), se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/members/**) o llamar a Servicios para afiliados y solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago por servicios médicos:
CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Member Services Department
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Debe enviarnos la reclamación de la Parte C (cuidado médico) en el transcurso de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D:

CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Member Services Department
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Debe enviarnos su reclamación de la Parte D (medicamentos recetados) en el transcurso de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

Contacte a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para obtener el cuidado médico o el medicamento, pagaremos por el servicio. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las normas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos el cuidado médico o medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el cuidado médico o el medicamento, puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y provee definiciones de términos tales como "apelación". Después de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 donde se indica qué debe hacer en su situación:

- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal por medicamentos

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. En su lugar, nos informa sobre sus pagos de manera que podamos calcular correctamente sus gastos de desembolso personal. Esto le puede ayudar a ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

A continuación, se presenta un ejemplo de una situación en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como gastos de desembolso personal para su elegibilidad para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** como obtiene su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de los medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos de desembolso personal y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Dado que no solicita el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8
Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan.....152

Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.) 152

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 152

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud.....153

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 158

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado médico.....159

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado.....161

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?.....161

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 162

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....162

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 162

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan

Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados discapacitados y de los que no hablan inglés. También podemos darle información en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o contacte con Steve Amshoff.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y Apelaciones de CarePlus Health Plans, Inc. al 1-800-794-5907, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de cobertura* o en esta correspondencia, o puede contactar al 1-800-794-5907, TTY 711 para obtener información adicional.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact Steve Amshoff.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with CarePlus Health Plans, Inc., Grievance and Appeals Department at 1-800-794-5907, TTY 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact 1-800-794-5907, TTY 711 for additional information.

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

Como afiliado de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le provee más información). Llame a Servicios para afiliados para informarse sobre qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de

teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido.

Como afiliado del plan, tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado médico. Además, tiene derecho a surtir o recibir una repetición de sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, Sección 11, de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura de su cuidado médico o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5, le informa lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

- La "información personal sobre su salud" incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proveemos un aviso por escrito, llamado "Aviso sobre prácticas de privacidad", que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes.
- En la mayoría de los casos, si revelamos información sobre su salud a una persona que no provea ni pague su cuidado médico, *en primer lugar debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede proveer usted o alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones en su lugar.
- Existen excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Por ejemplo, debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad del cuidado médico.
  - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle la información sobre su salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará según los estatutos y los reglamentos federales.

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

Tiene derecho a examinar su expediente médico que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, determinaremos con su proveedor de cuidado de la salud si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Aviso sobre prácticas de privacidad para la información personal sobre su salud
ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes. Esto incluye el derecho a hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y a los términos revisados de nuestro aviso en vigencia para toda la información personal y de salud que conservemos. Esto incluye información que creamos o que recibimos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es información personal y de salud?
La información personal y de salud, que de ahora en adelante será denominada "información", incluye tanto información médica como información que permite la identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término "información" en este aviso incluye toda información personal y sobre salud que genera o recibe un proveedor de cuidado médico o un plan de salud que se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluida información electrónica, escrita y oral.

¿Cómo protegemos su información?
Cumpliendo con las leyes federales y estatales, así como con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Entre los procedimientos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:
- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros asociados acerca de los procedimientos y políticas de privacidad de nuestra compañía.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Debemos usar y divulgar su información:
- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.
- Cuando lo exija la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:
- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado médico, y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud, que incluyen procesar su inscripción, responder a sus preguntas y a sus solicitudes de servicios, coordinar su cuidado médico, resolver disputas, realizar administración médica, mejorar la calidad, revisar la competencia de los profesionales del cuidado de la salud y determinar las primas.

- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de inscripción y desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos, como permitirle a este obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud detallada con el patrocinador de su plan a menos que usted nos dé su autorización o que el patrocinador de su plan haya certificado que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle con información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés si no ha optado por no recibir este tipo de información según se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando la información sea directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada o no.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para asistencia durante un desastre.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?
En todas las situaciones distintas a las descritas en este aviso, le solicitaremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su información. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. No divulgaremos ni usaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su autorización. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información de salud protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado o si no obtiene cobertura a través de nosotros?
Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso cuando se le dé de baja a su afiliación o si usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
A continuación, se indican sus derechos con respecto a su información. Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:
- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted, como reclamaciones y registros de coordinación de casos o de servicios médicos.

También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página y por hora de trabajo del personal para localizar y copiar su información, además del franqueo.
- Decisión adversa sobre la suscripción: usted tiene derecho a que le provean el motivo para el rechazo o decisión adversa sobre la suscripción si negamos su solicitud de seguro.*
- Comunicación alterna: usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera distinta o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en riesgo la vida. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar que se hagan correcciones a la información que conservamos de usted si cree que la información está incompleta o si hay un error. Podemos negar su solicitud si no generamos la información, si no mantenemos la información o si la información es precisa y completa. Si le negamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito sobre los motivos del rechazo.
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información con otros fines que no hayan sido los de tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, previa solicitud por su parte. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- Aviso: usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que lo solicite.
- Restricción: usted tiene derecho a pedir que se restrinja el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar estas restricciones, pero en caso de que lo hagamos, acataremos nuestro acuerdo. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada anteriormente.

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?
- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?
Todos sus derechos de privacidad pueden ser ejercidos a través de los formularios de solicitud de los derechos de privacidad aplicables. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:
- Contactarnos al 1-866-861-2762 a cualquier hora
- Ingresar a nuestro sitio web en **espanol.humana.com** y entrar al enlace de "Prácticas de privacidad"
- Enviarnos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com

Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si creo que han violado mi privacidad?
Si cree que se ha violado su privacidad de alguna forma, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Si lo solicita, le informaremos la dirección de la OCR regional pertinente. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud. No será objeto de

represalia alguna si opta por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU.

Cumplimos todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección a los afiliados.

¿Qué sucederá si mi información privada es usada o divulgada de manera indebida?
Usted tiene derecho a recibir un aviso de que ha ocurrido un incumplimiento que ha originado que su información privada no segura haya sido usada o divulgada de manera indebida. Le informaremos de manera oportuna en caso de que dicho incumplimiento ocurra.

Las siguientes afiliadas y subsidiarias también se adhieren a nuestros procedimientos y políticas de privacidad:

American Dental Plan of North Carolina, Inc.
American Dental Providers of Arkansas, Inc.
Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
Cariten Insurance Company
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
Corphealth Provider Link, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana AdvantageCare Plan, Inc., anteriormente conocida como Metcare Health Plans, Inc.
Humana Behavioral Health
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc., anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana MarketPOINT, Inc.
Humana MarketPOINT of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.

Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Pharmacy, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Kanawha Insurance Company*
Managed Care Indemnity, Inc.
Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.
The Dental Concern, Inc.
The Dental Concern, Ltd.
*Estas afiliadas y subsidiarias están cubiertas solo por la sección de Aviso de privacidad sobre información financiera.

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

Como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le enviemos información de una manera que le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del inglés, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos).

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan**. Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los afiliados y las calificaciones de rendimiento del plan, incluso cómo lo calificaron los afiliados del plan y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestra red de proveedores, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información sobre la acreditación de los proveedores y farmacias de la red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/pharmacy-finder**.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y las normas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan. Estos capítulos, junto con la

Guía de medicamentos recetados (*Formulario*), le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.

– Si tiene preguntas acerca de las normas o restricciones, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

  – Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento por parte de un proveedor o farmacia fuera de la red.

  – Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre qué cuidado médico o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera en que usted piensa que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este manual. Le provee los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y otras cuestiones).

  – Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por cuidado médico o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado médico

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud le provean toda la información cuando recibe cuidado médico. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado médico. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.

- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene

derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura del cuidado médico.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó el cuidado médico que usted considera que debe recibir. Para recibir dicha explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este manual se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como "**instrucciones anticipadas**". Existen diversos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder legal para decisiones acerca del cuidado de la salud**" son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para proveer sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario**. Si desea tener una instrucción anticipada, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones anticipadas de organizaciones que proveen a las personas información sobre Medicare.

- **Completarlo y firmarlo**. Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.

- **Proveer copias a las personas adecuadas**. Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si lo admiten en un hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene 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 es su elección si desea completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado médico o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

En CarePlus, se utiliza un proceso denominado Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés) para determinar si un servicio o tratamiento está cubierto y califica para ser pagado bajo su plan de beneficios. CarePlus no recompensa ni provee incentivos financieros a los médicos, otros individuos o empleados de CarePlus por negar cobertura o alentar menos uso de los servicios. De hecho, CarePlus trabaja con sus médicos y otros proveedores para ayudarle a obtener el cuidado más apropiado para su afección médica. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el Control de la utilización, el personal está disponible al menos ocho horas del día durante el horario laborable. CarePlus cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas sobre el Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Contacte a Servicios para afiliados a fin de obtener las respuestas a estas y otras preguntas que puedan surgirle sobre su plan de beneficios. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.

CarePlus continuamente toma decisiones sobre la cobertura de nuevos dispositivos y procedimientos médicos. Esto sucede mediante la consulta de literatura con revisión de pares y el asesoramiento de expertos médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. CarePlus también se basa en las orientaciones de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que a menudo toman decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Si tiene algún problema o duda sobre el cuidado médico o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le indica qué puede hacer. Allí se proveen detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja) - **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa**.

Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para obtener esta información, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para afiliados** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para afiliados** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede contactar a **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones en Medicare". (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se describe lo que debe hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. Utilice este manual de *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre sus servicios médicos, incluso cuáles están cubiertos, cuáles no, las normas a seguir y lo que usted paga.
  - En los Capítulos 5 y 6, se proveen detalles sobre su cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo**. Para proveer esa información, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - Debemos respetar las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe usted de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos que tenga disponible. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Si desea más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que recibe cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo hasta el final con su cuidado médico.**
  - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores de la salud a que le brinden el mejor cuidado médico, infórmese lo más que pueda sobre sus problemas de salud y provéales la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Se supone que los médicos y los demás proveedores de cuidado de la salud le explicarán las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si usted no es elegible para ello de forma automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.
  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el medicamento. Será un copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.

  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo total.
    - > Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.
  - Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos superiores (según lo reportado en su última declaración de impuestos), usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para continuar siendo afiliado del plan.
- **Infórmenos si se muda**. Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan**. (En el Capítulo 1, se describe nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá inscribirse en cualquier plan Medicare disponible en el área nueva. Podemos informarle si contamos con un plan en el área nueva.
  - **Si se muda *dentro* del área de servicio, de todas maneras, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo contactarle.
  - Si se muda, también es importante que informe al Seguro social (o a la Junta de jubilación ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para afiliados para obtener ayuda si tiene preguntas o dudas**. También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual.
  - Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 169

SECCIÓN 1 Introducción 169

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 169

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales? 169

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 170

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 170

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar? 170

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid? 170

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE 171

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicare 171

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 171

SECCIÓN 5 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 172

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general 172

Sección 5.2 Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 173

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo provee la información detallada para su situación? 174

SECCIÓN 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 174

Sección 6.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos su cuidado médico 175

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de cuidado médico que usted desea) 176

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura de cuidado médico que tomó nuestro plan) 179

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2 182

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que usted recibió por cuidado médico? 184

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 185

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D 185

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 187

Sección 7.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones 189

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 190

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan) 193

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 195

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo 197

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos 198

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 199

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 201

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 202

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo 205

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* servicios de Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) 205

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura 206

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado 206

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado 208

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 209

SECCIÓN 10 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores..... 212

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos..... 212

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D..... 213

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones 214

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?..... 214

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"..... 216

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja..... 216

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad..... 217

Sección 11.5 También puede informar a Medicare de su queja 218

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID 218

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicaid..... 218

Sección 12.1 Paso a paso: Cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por problemas con los beneficios o la cobertura 219

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos para manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es acerca de los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

2. El tipo de problema que tenga:

   - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.

   - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe utilizar? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de "presentar una queja" en lugar de "presentar una queja formal", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación del riesgo", y "Organización revisora independiente" en lugar de "Entidad revisora independiente". Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proveer detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el próximo paso.

Reciba ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede contactar al **Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Los números de teléfono están en el "Anexo A" al final de este manual.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede contactar a Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (http://es.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

La información de contacto de las oficinas estatales de Medicaid está en el "Anexo A" al final de este manual.

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene procesos diferentes que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que se utiliza depende de si el problema es acerca de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicare, entonces usted debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicaid, entonces usted debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de

Medicare o el proceso de Medicaid, contacte a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su inquietud o problema específico, **COMIENCE AQUÍ**	
¿Su problema es acerca de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid? (Si desea ayuda para decidir si su problema es acerca de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, contacte a Servicios para afiliados. Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).	
Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicare.** Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4 "Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicare".**	Mi problema es acerca de la cobertura de **Medicaid.** Avance a la **Sección 12** de este capítulo, **"Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicaid".**

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para los problemas o quejas acerca de **los beneficios cubiertos por Medicare.**

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su inquietud o problema acerca de sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que cierto cuidado médico o ciertos medicamentos recetados estén cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados).

Sí.	**No.**
Mi problema es acerca de los beneficios o la cobertura.	Mi problema no es acerca de los beneficios o la cobertura.
Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, "Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones".**	Avance a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general

El proceso para la solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si algo está cubierto o no, y cómo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le proporciona cuidado médico o si lo refiere a un especialista médico. También usted o su médico pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si le niega cuidado médico que usted considera necesario. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con todas las normas. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea ayuda? A continuación, presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para afiliados** (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, contacte al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
  - Para el cuidado médico, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, esta será enviada automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expide la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que expide la receta deberá ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que ya exista una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf).

El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo provee la información detallada para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proveemos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 6** de este capítulo: "Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo"
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (los números de teléfono de este programa están en el "Anexo A" al final de este manual).

SECCIÓN 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de "lo básico" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos su cuidado médico

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios* (*lo que está cubierto*). Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de cuidado médico" o "cuidado médico" en el resto de la sección, en lugar de repetir "cuidado médico o tratamiento o servicios" cada vez que aparece. El término “cuidado médico” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinado cuidado médico que desea, y usted considera que dicho cuidado médico está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no autorizará el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desea proveerle y usted considera que dicho cuidado está cubierto por el plan.
3. Recibió servicios o cuidado médico que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos ese cuidado.
4. Recibió y pagó los servicios o el cuidado médico que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de ese cuidado.
5. Se le notifica que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad se reducirá o interrumpirá, y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.
   - TENGA EN CUENTA: **si la cobertura que se dejará de ofrecer es de servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer una sección separada de este capítulo, ya que a estos tipos de cuidado médico se aplican normas especiales. Aquí le indicamos qué debe leer en estas situaciones:
     - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo*.
     - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo*. Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
   - Para *todas las demás* situaciones donde se le comunique que se interrumpirá el cuidado médico que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Desea determinar si cubriremos el cuidado médico o los servicios que usted desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 6.2.**
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que usted nos solicita que reconsideremos la decisión). Avance a la **Sección 6.3** de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de cuidado médico o servicios que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Avance a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos legales	Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se conoce como **"determinación de la organización"**.

<u>Paso 1:</u> Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre el cuidado médico que solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales	A la "decisión de cobertura rápida" se le conoce como **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura del cuidado médico que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura acerca de su cuidado médico*.

En general, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si

su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** en el caso **de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pudiera beneficiarle. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.**
  - **Sin embargo,** en el caso de una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si notamos que falta información que pudiera beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de extendernos más días. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.
- **Para recibir una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita la cobertura de cuidado médico que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago del cuidado médico que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proveerle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).

- Dicha carta le informará que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente la proveeremos.
- Además, la carta le informará de qué manera puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida relacionada con una solicitud de un artículo o servicio médico, le comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó antes, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), o en un plazo de 24 horas si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura de cuidado médico acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión de cobertura relacionada con su solicitud de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar relacionada con una solicitud de un artículo o servicio médico, le comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (“período de extensión”) en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos

más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

– Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

– Si no le comunicamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), o en un plazo de 72 horas si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud, o en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión de cobertura relacionada con su solicitud de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar ese período de extensión.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (y, tal vez, cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de cuidado médico que desea.

- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura de cuidado médico que tomó nuestro plan)

Términos legales	A una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se le conoce como **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué tiene que hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe contactarnos.** Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para realizar una apelación relacionada con su cuidado médico*.

- **Si solicita una apelación estándar, hágala por escrito enviando una solicitud.**
  - Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir el formulario "Nombramiento de un representante" que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario Nombramiento de un representante. También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination**). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será anulada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la Organización revisora independiente revise nuestra decisión de anular su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos para realizar una apelación relacionada con su cuidado médico*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenos motivos por no cumplir con el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede realizar una solicitud llamándonos por teléfono)

Términos legales	A una "apelación rápida" también se le conoce como **"reconsideración acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los necesarios para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", aceptaremos proveerla.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que le contactemos a usted o a su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización revisora independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en relación con una solicitud de un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación, si su apelación es sobre cobertura de servicios que aún no recibió. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación, si su apelación es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

  - Si no le comunicamos una respuesta a más tardar en el plazo aplicable antes mencionado (o al finalizar el período de extensión, si extendimos el plazo para brindarle una respuesta relacionada con un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización revisora independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación o parte de ella, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la "Organización revisora independiente".** Al hacerlo, su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización revisora independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE" (por sus siglas en inglés).**

Paso 1: La Organización revisora independiente revisa su apelación.

- **La Organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

- Usted tiene derecho a darle a la Organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.

- Los revisores de la Organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proveyó una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le proveyó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La Organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le proveyó una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le proveyó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La Organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización revisora independiente le informa su respuesta.

La Organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización revisora a una solicitud de un artículo o servicio médico es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura del cuidado médico en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de solicitudes estándar, o en de un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de las solicitudes aceleradas.
- **Si la respuesta de la organización revisora a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de las **solicitudes estándar**, o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación").
  - Si la Organización revisora independiente "mantiene la decisión ", usted tiene derecho a solicitar una Apelación de Nivel 3. No obstante, para realizar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del cuidado médico que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que recibe de la Organización revisora

independiente le informará cómo averiguar la cantidad de dólares para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que usted recibió por cuidado médico?

Si desea solicitarnos un pago por el cuidado médico, comience con la lectura del Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en que puede ser necesario solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si el cuidado médico que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios* (*lo que está cubierto*)). También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico (dichas normas se proveen en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si el cuidado médico que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por su cuidado médico en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago implica *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura).
- Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y los detalles de nuestros motivos de esa decisión. (El rechazo de su solicitud de pago implica el *rechazo* de su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por el cuidado médico que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización revisora independiente rechaza nuestra decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de "lo básico" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?
Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. (Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).

- **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de la sección, en lugar de repetir "medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez que aparece.
- Para obtener detalles sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*), las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **"determinación de cobertura".**

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que realicemos una excepción, lo que incluye:
  - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan
  - La solicitud de exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
  - La solicitud de pago de una cantidad menor de costos compartidos por un medicamento cubierto de un nivel superior de costos compartidos.
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando el medicamento está en la Guía de medicamentos recetados (Formulario) del plan pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - *Tenga en cuenta:* si la farmacia le informa que no se puede surtir su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Guía de medicamentos o necesita que realicemos una exención a una norma o restricción impuesta a un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Guía de medicamentos y considera que cumple con toda norma o restricción del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Avance a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que usted nos solicita que reconsideremos la decisión). Avance a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que expide la receta pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Guía de medicamentos recetados (Formulario).* (Para abreviar, la llamamos "Guía de medicamentos").

Términos legales	La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos en ocasiones se conoce como una solicitud de **"excepción al formulario".**

- Si aceptamos realizar una excepción y cubrir un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 de costos compartidos - Medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) (si desea más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales	La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **"excepción al formulario".**

- Las normas y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *La obtención de la aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como "autorización previa").
  - *El requisito de probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como "terapia por fases").
  - *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.
- Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos menor. Cada medicamento en nuestra Guía de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo es el número de nivel de costos compartidos, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

Términos legales	La solicitud de pago de un precio menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como una solicitud de **"excepción de nivel".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al/a los medicamento(s) alternativo(s). Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.

  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga productos biológicos alternativos para el tratamiento de 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 correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca o genéricos alternativos para el tratamiento de su afección.

- Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costos compartidos de ningún medicamento en el Nivel 5 de costo compartido – Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no pueda tomar, usted normalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expide la receta deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que expide la receta al solicitar una excepción.

En general, nuestra Guía de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si usted solicita una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel inferior de costos compartidos no funcionen tan bien en su caso.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 7.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **"decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.**

Qué tiene que hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide la receta) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por el cuidado médico o un medicamento que haya recibido*.

- **Usted o su médico o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además, indica cómo enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de un medicamento que usted haya pagado.

- **Si solicita una excepción, provea la "declaración de respaldo"**. Su médico u otro profesional que expide la receta debe proveernos los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico u otro profesional que expide la receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que expide la receta pueden informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración escrita. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web, **https://www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination**. Esta página de nuestro sitio web describe los procesos para solicitar decisiones de cobertura y apelar nuestras decisiones. También incluye enlaces para descargar e imprimir los Formularios de solicitud de determinación de cobertura, en inglés y en español, con instrucciones para enviar sus solicitudes por fax y por correo. También hay un enlace para "Presentar su solicitud en línea" si desea presentar su solicitud de manera electrónica. Simplemente haga clic en el enlace para completar el formulario en línea y siga las instrucciones en cada página. Si tiene preguntas o necesita ayuda, contacte a Servicios para afiliados al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales	A la "decisión de cobertura rápida" se le conoce como **"determinación de cobertura acelerada"**.

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos aceptado emplear los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que responderemos en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración del médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración del médico.
- **Para recibir una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede recibir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico u otro profesional que expide la receta nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proveerle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo del médico u otro profesional que expide la receta), decidiremos si su salud requiere una decisión de cobertura rápida de nuestra parte.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que, si el médico u otro profesional que expide la receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
  - Además, la carta le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Le informará cómo presentar una queja "rápida", que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en las 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas**.
  - En general, esto significa en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la declaración del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en la Apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en las **siguientes 72 horas**.
  - En general, esto significa en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la declaración del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuarle el pago en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión tomada.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales	Una apelación al plan en relación con la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como una **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué tiene que hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional que expide la receta) debe contactarnos.**
  - Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para realizar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, envíe la solicitud de apelación por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo contactarnos para realizar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo, y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenos motivos por no cumplir con el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide la receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales	A una "apelación rápida" también se le conoce como **"redeterminación acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide la receta deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que le contactemos a usted, a su médico o a otro profesional que expide la receta para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización revisora independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
  - Si no le comunicamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización revisora independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**

  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, y a **más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no le comunicamos una decisión en los siguientes 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuarle el pago a usted en los siguientes 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente".** A veces también se le conoce como **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otro profesional que expide la receta) debe contactar a la Organización revisora independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** con la Organización revisora independiente. Estas

instrucciones le indicarán quién puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo contactar a la organización revisora.

- Si presenta una apelación con la Organización revisora independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la Organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la Organización revisora independiente.
- Si la organización revisora acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proveerle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación si corresponde a un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total:**
  - Si la Organización revisora independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

- Si la Organización revisora independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización revisora independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a solicitar una Apelación de Nivel 3. No obstante, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitada debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización revisora independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios* (*lo que está cubierto*).

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. Además, le ayudarán a organizar el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se le llama su "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.

- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le debe dar el aviso en los siguientes dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, lo que incluye:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su hospitalización y a saber quién la pagará.
   - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo.

Términos legales	El aviso escrito de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación se le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso *no* **implica** que acepta una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad del cuidado médico) a mano en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),

las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios como paciente internado sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con los plazos que correspondan a los pasos que debe seguir.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada es adecuada para usted por razones médicas.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

Términos legales	A la "revisión rápida" también se le conoce como **"revisión inmediata".**

¿Qué es la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el "Anexo A" en la parte final de este manual).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital y, a más tardar, **en la fecha de alta planificada**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha en que se determinó que debe salir del hospital).

  - Si cumple con este plazo, podrá quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta sin *tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de parte de la Organización para el mejoramiento de la calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* del cuidado hospitalario recibido después de la fecha de alta planificada.

- Si no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para el mejoramiento de la calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que pide a la organización que utilice los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

Términos legales	A una **"revisión rápida"** también se le conoce como **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

<u>Paso 2:</u> La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los llamaremos "revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera 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 analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos provisto.
- Para el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito donde se le proveerá su fecha de alta planificada y se explicarán los detalles de los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado por razones médicas) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación por escrito se conoce como **"Aviso detallado de alta"**. Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una muestra del aviso en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización revisora *acepta* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted vuelve a contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se quedó en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora provee una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó la primera apelación. **Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado de hospitalización mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora provee una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o procurador.
- En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. ("Con rapidez" significa antes de

salir del hospital y no después de su fecha de alta planificada). Si vence el plazo para contactar a esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.
Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si deja pasar el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales	Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada."**

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *llamada Cómo contactarnos para realizar una apelación relacionada con su cuidado médico*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la fecha de alta planificada, para comprobar si el alta era adecuada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si la fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital era justa y cumplía todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de su solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado termina a partir del día en que informamos que finalizaría la cobertura.
  - Si usted se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada.

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

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización revisora independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización revisora independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir de la fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas.
  - El aviso que reciba de la Organización revisora independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 3: Si la Organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios*: servicios de Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Esta sección trata *únicamente* los siguientes tipos de cuidado médico:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado como "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Si desea más información sobre este tipo de centro médico, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe alguno de estos tipos de cuidado médico, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado médico durante el tiempo que dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos, incluidas su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pudiera aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios* (*lo que está cubierto*).

Cuando decidimos que es momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de los tres tipos de cuidado médico, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado médico, *interrumpiremos el pago por su cuidado médico.*

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su cuidado médico, recibirá un aviso.
   - El aviso por escrito le informa la fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su cuidado médico.
   - El aviso por escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan un cambio de decisión acerca del momento de finalización de su cuidado médico, y a mantener la cobertura durante un período más prolongado.

Términos legales	Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una **"apelación por vía rápida"**. La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su cuidado médico. (En la Sección 9.3 a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).

Términos legales	El aviso escrito se conoce como **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O vea una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5 se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> implica que está de acuerdo** con el plan en que es momento de interrumpir el cuidado médico.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado médico durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con los plazos que correspondan a los pasos que debe seguir. Además, también existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos controlan la calidad del cuidado médico que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió le informa cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el "Anexo A" en la parte final de este manual).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación por vía rápida" (que realice una revisión independiente) de si es adecuado por razones médicas que interrumpamos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para contactar a esta organización.

- Debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior al día en que recibe el aviso escrito que le informa cuándo se interrumpirá la cobertura de su cuidado médico*.

- Si no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad con respecto a su apelación, en su lugar puede realizar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los llamaremos "revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya provisto.

- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito por parte de nosotros en el que le explicamos los detalles de nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

Términos legales	Este aviso de explicación se conoce como **"Explicación detallada de no cobertura".**

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará en la fecha que le indicamos**. Finalizaremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de este cuidado médico en la fecha detallada en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted realiza es el "Nivel 1" del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo cuidado médico después de la interrupción de la cobertura del cuidado médico, puede presentar otra apelación.
- Realizar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo cuidado médico después de la finalización de la cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted vuelve a contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir proveyéndole cobertura** del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o procurador.
- En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad e iniciar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para

contactar a esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Si deja pasar el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se detallan los pasos para una Apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada".**

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para realizar una apelación relacionada con su cuidado médico*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos la apelación rápida,** significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionando la cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

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

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización revisora independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted automáticamente pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente".** A veces también se le conoce como **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización revisora independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que recibió a partir de la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. También debemos continuar proveyendo la cobertura del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.

  – El aviso que reciba de la Organización revisora independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al

Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o procurador.

- En la Sección 10 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado Juez de derecho administrativo) o procurador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar**: decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización revisora independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o procurador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar**: decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización revisora independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con una cierta cantidad de dólares, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es inferior, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado Juez de derecho administrativo) o procurador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de

derecho administrativo o procurador **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones

Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, la cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para la presentación de quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los

tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con la forma en que nuestro departamento de Servicios para afiliados lo ha tratado? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud por demasiado tiempo? ¿O a Servicios para afiliados o a otro personal del plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando recibe un medicamento recetado o en la sala de exámenes.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿Considera que no ha recibido un aviso que debemos proveerle? • ¿Considera que la información por escrito que le proveemos es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la rechazamos, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para proveerle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos proveerle la cobertura o el reembolso por determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no cumplimos con dichos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proveemos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización revisora independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos legales	• Lo que se llama **"queja"** en esta sección, también se conoce como **"queja formal"**. • Otro nombre para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja formal"**. • Otra forma de decir **"utilizar el proceso de quejas"** es **"utilizar el proceso de presentación de una queja formal"**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para afiliados.** Si debe hacer algo más, Servicios para afiliados le informará. Llame al 1-800-794-5907, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Instrucciones para presentar quejas formales

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907 TTY 711 para presentar una queja formal verbal

Envíe una queja formal por escrito a:
CarePlus Health Plans, Inc.,
Attention: Grievance and Appeals Department
11430 NW 20th Street,
Suite 300,
Miami, FL 33172

Cuando presente una queja formal, provea la siguiente información:

- ☐ Nombre
- ☐ Dirección
- ☐ Número de teléfono
- ☐ Número de identificación de afiliado
- ☐ Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
- ☐ La acción que nos está solicitando
- ☐ Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

Opción para una revisión rápida de su queja formal

Puede solicitar una revisión rápida, y responderemos en el plazo de 24 horas después de recibirla,, si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:

- Hemos extendido el plazo para tomar una determinación/reconsideraciones de la organización, y usted cree que necesita una decisión más rápida.
- Negamos su solicitud para una revisión rápida de una decisión de la organización o de cobertura de 72 horas.
- Negamos su solicitud para una revisión rápida de una apelación de 72 horas.

Lo mejor es llamar a Servicios para afiliados si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, le llamaremos para informarle que la recibimos.

- **Ya sea que llame o escriba, debe contactar a Servicios para afiliados de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le proveeremos una queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas.**

Términos legales	Lo que se llama **"queja rápida"** en esta sección, también se conoce como **"queja formal acelerada".**

<u>Paso 2:</u> Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad

Puede presentarnos su queja acerca de la calidad del cuidado médico que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad del cuidado médico*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** Si prefiere, puede presentar la queja sobre la calidad del cuidado médico recibido directamente ante esta organización (sin presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes de Medicare.
  - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado, consulte el "Anexo A" al final de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado médico ante nosotros y también ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare de su queja

Puede presentar una queja acerca de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no soluciona su dificultad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicaid

¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura?
(Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que cierto cuidado médico esté cubierto o no, la forma en que está cubierto y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico).

Sí. Mi problema es acerca de los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 12.1** de este capítulo, "**Paso a paso: Cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por problemas con los beneficios o la cobertura**".

No. Mi problema no es acerca de los beneficios o la cobertura.

Siga el proceso de Medicare explicado en la **Sección 11** de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones"**.

Sección 12.1 Paso a paso: Cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por problemas con los beneficios o la cobertura

Es posible que cubramos los siguientes servicios de acuerdo con nuestro contrato con la Oficina de Medicaid del estado. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Es posible que estos beneficios no estén disponibles para todos los afiliados.

Servicios dentales para adultos
Servicios para la audición para adultos
Servicios para la vista para adultos
Suministros y equipo médico duradero relacionados con el SIDA
Terapia de masajes relacionada con el SIDA
Servicios de cuidado médico asistido
Servicios quiroprácticos
Medicamentos cubiertos por Medicaid
Coordinación de casos específicos de salud mental
Días de transición en un centro de enfermería
Productos de venta sin receta
Servicios de podología
Transporte

Para obtener más información sobre los beneficios, lea el **Capítulo 4, Sección 2 "Utilice la *Tabla de beneficios* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar".**

Paso 1: Debe seguir el proceso de apelación de Medicare que se explica en las Secciones 6 y 10 de este capítulo.

Paso 2: Si no dispone de más niveles de apelación de Medicare, le enviaremos una carta con instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado si:

- **Su apelación fue por un beneficio de Medicaid mencionado anteriormente, y**
- **Negamos el beneficio porque estipulamos que no era necesario por razones médicas.**

Puede optar por aceptar la decisión del último nivel de apelación de Medicare o solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Si decide continuar, estas instrucciones le explicarán cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado a la Unidad de Audiencias de Medicaid de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA, por sus siglas en inglés) y los plazos que debe cumplir.

Paso 3: Para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado, usted o su representante designado por escrito deberán contactar con la Unidad de Audiencias de Medicaid de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA, por sus siglas en inglés) y solicitar una revisión de su caso.

Qué tiene que hacer

- Siga las instrucciones indicadas en la carta del Paso 2 para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.
- Si solicita una Audiencia Imparcial del Estado, haga su solicitud por escrito en los siguientes 120 días calendario desde la fecha indicada en la carta de decisión del último nivel de apelación.

Paso 4: El funcionario a cargo de la Audiencia Imparcial del Estado realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- El funcionario a cargo de la Audiencia Imparcial del Estado repasará minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Si tiene más preguntas sobre el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado, contacte con AHCA al **1-877-254-1055 (llamada gratuita)** o envíe sus preguntas por correo electrónico a MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com. También puede contactar con Servicios para afiliados al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

CAPÍTULO 10
Cómo finalizar su afiliación al plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción 223

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su afiliación a nuestro plan 223

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 223

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid 223

Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción 224

Sección 2.3 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 225

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción 225

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación? 226

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 227

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su afiliación cuando se inscribe en otro plan 227

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 228

Sección 4.1 Hasta que termine su afiliación, continúa siendo afiliado de nuestro plan 228

SECCIÓN 5 CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones 229

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan? 229

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 230

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan ... 230

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su afiliación a nuestro plan

La terminación de su afiliación a CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
  - Existen solamente determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede finalizar su afiliación al plan de forma voluntaria. La Sección 2 le informa cuándo puede finalizar su afiliación al plan. La Sección 2 le informa acerca de los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar su afiliación de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 describe *cómo* finalizar su afiliación en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en que usted no elige abandonar el plan, pero nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo el cuidado médico a través de nuestro plan hasta que termine su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Puede finalizar su afiliación a nuestro plan solo en determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de abandonar del plan durante el Período anual de inscripción y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliación únicamente durante determinadas épocas del año. Como usted tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su afiliación a nuestro plan o cambiar a otro plan distinto una vez durante cada uno de los siguientes Períodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al período siguiente para finalizar su afiliación o cambiar a otro plan distinto. No puede utilizar este Período especial de inscripción para finalizar su afiliación a nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período anual de inscripción. En la Sección 2.2 se ofrece más información sobre el Período anual de inscripción.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - > Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

  Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura "válida" para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare).

  Póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid para obtener información acerca de las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6 de este manual).

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que hayamos recibido su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción

Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción (también conocido como "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción?** Se lleva a cabo del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período anual de inscripción?** Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - - *o* - Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

    Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

(Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información acerca de la multa por afiliación tardía.

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Su afiliación terminará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta** de **Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare para añadir la cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Su afiliación terminará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la fecha en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción

En determinadas situaciones, puede ser elegible para finalizar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Período especial de inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, es posible que sea elegible para finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción. Estos son solo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, contacte al plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (https://es.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para el pago de los medicamentos recetados de Medicare.

- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado médico en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).
- Tenga en cuenta: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Tenga en cuenta: En la sección 2.1, se ofrece más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para determinar si es elegible para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura para medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - *- o -* Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

  Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información acerca de la multa por afiliación tardía.

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que se haya recibido su solicitud de cambio de plan.

Tenga en cuenta: en las Secciones 2.1 y 2.2 se ofrece más información sobre el período especial de inscripción para las personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **llamar a Servicios para afiliados** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2020***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos afiliados de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a la inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (http://es.medicare.gov). O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece a continuación para solicitar una copia impresa.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su afiliación cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para finalizar su afiliación a nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare original pero no ha seleccionado un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la desafiliación de nuestro plan. Existen dos maneras en que puede solicitar la desafiliación:

- Puede hacer la solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- -- *o bien* -- Puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se le desafiliará de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se le desafiliará de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. – Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática. – Si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). • También puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le desafiliará de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura en Medicare original.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, contacte a su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto de la oficina estatal de Medicaid se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o volver a Medicare original influye en cómo recibe su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su afiliación, continúa siendo afiliado de nuestro plan

Si abandona CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), es posible que transcurra un tiempo hasta que termine su afiliación y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. (Consulte la Sección 2 para obtener información

sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar recibiendo el cuidado médico y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para surtir sus medicamentos recetados hasta que termine su afiliación en nuestro plan.** En general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, lo que incluye nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, generalmente nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) debe terminar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid. Tal como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si usted ya no es elegible para el plan, su afiliación terminará después de un período de gracia de seis meses. Usted recibirá una carta explicando que le debemos desafiliar de nuestro plan si no vuelve a ser elegible para recibir asistencia de Medicaid dentro del período de gracia.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, debe llamar a Servicios para afiliados para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este manual).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera ilegal.
- Si proporciona información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le provee cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted constantemente demuestra mal comportamiento y nos dificulta proveer cuidado médico a usted o a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).

- Si usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
  - Si terminamos su afiliación por este motivo, Medicare puede disponer que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le solicita que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios para afiliados** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CareNeeds PLUS (HMO D-SNP) no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11
Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....233

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....233

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 233

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros) 233

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios 234

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

A esta *Evidencia de cobertura* se aplican varias leyes y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe respetar las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir 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 de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso al cuidado médico, llámenos a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para afiliados puede ayudarlo.

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 para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaria bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar pagos

Si pagamos una reclamación en su nombre, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición de seguros muy común que significa que nosotros tenemos el derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de los gastos o beneficios médicos relacionados con su

enfermedad, lesión o afección médica. Usted nos asigna su derecho a emprender acciones legales contra terceros responsables, y usted acepta:

1. Proveer cualquier información pertinente que le solicitemos; y
2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como la exhibición de documentos, las declaraciones juradas y el testimonio en juicio, de ser necesario.

Si usted no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace cualquier cosa que interfiera con nuestros derechos, podemos emprender acciones legales contra usted. Usted también acepta no asignar a un tercero su derecho a emprender acción legal sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a reembolso

También tenemos el derecho a recibir un reembolso si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier cantidad como fallo, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, deberá reembolsarnos de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de reembolso y recuperación tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso si usted no ha recibido compensación del tercero responsable de todos los costos relacionados con su enfermedad o lesión. Si usted no está de acuerdo con nuestros esfuerzos de recuperar el pago, tiene derecho a apelar, según se explica en el Capítulo 9.

No estamos obligados a buscar reembolso ni a emprender acción legal contra un tercero, ni en beneficio propio ni en su nombre. Nuestros derechos bajo la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados por el hecho de que no intervengamos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si usted tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare, las cuales nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar a otras aseguradoras, planes, pólizas, patronos u otras entidades cuando el otro pagador es responsable de pagar los servicios proporcionados a usted. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted por las cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos concedidos al programa de Medicare bajo las reglas del Pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la coordinación de su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia recibirá cuidado médico de la manera usual a través de proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si usted tiene una cobertura de salud grupal, puede maximizar los beneficios a su disposición si utiliza proveedores que participan en su plan grupal **y** en nuestro plan. En otras situaciones, como por beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, usted puede recibir su cuidado médico fuera de nuestro plan.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal (incluidos tanto planes de patronos como de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su cónyuge, y
- El patrono tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el patrono tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Si usted tiene una cobertura para jubilados bajo un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas discapacitadas

Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a que es discapacitado, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años, y
- Usted no tiene ESRD, y
- Usted no tiene cobertura directamente ni a través de su cónyuge bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud ofrecido por un patrono con 100 o más empleados, o por un patrono que forma parte de un plan de patronos múltiples donde cualquier patrono participante en el plan tiene 100 o más empleados. Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal grande debe proporcionarle los beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted no tiene ESRD, y
- Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no estén cubiertos por el plan grupal de su patrono grande. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas con Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si usted es o pasa a ser elegible para Medicare debido a una ESRD y tiene cobertura bajo un plan de salud grupal de un patrono o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle sus beneficios primarios de salud durante los primeros treinta (30) meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a una ESRD. Nosotros le proporcionaremos cobertura secundaria durante este tiempo, y le proporcionaremos cobertura primaria después de ese período. Si usted ya está en Medicare debido a su edad o a una discapacidad al momento de desarrollar la ESRD, nosotros le proporcionaremos cobertura primaria.

Programa de compensación laboral y similares

Si usted ha sufrido una enfermedad o lesión causada por el trabajo y cuenta con beneficios de compensación laboral, el programa de compensación laboral debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio bajo esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión laboral.

Accidentes y lesiones

Las reglas del Pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha estado en un accidente o ha sufrido una lesión. Si usted tiene a su disposición los beneficios bajo la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad, la aseguradora de la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio por los servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de responsabilidad de seguro a menudo no son resueltas de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales nos deben ser reembolsados cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recupera gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo de liquidación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden del tribunal sobre el fondo del caso. No buscaremos recuperar ninguna parte de una indemnización que se asigne apropiadamente por el tribunal como pago por pérdidas distintas a servicios médicos (por ejemplo, pérdidas de propiedad).

Donde proporcionemos beneficios en forma de servicios, debemos tener derecho a recibir reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba bajo cualquier cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Usted acepta informarnos cuando dicha cobertura esté disponible para usted, y es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir los beneficios o pagos bajo dicha cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Podemos buscar reembolso de valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los cuales usted tiene derecho bajo dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o de responsabilidad o de otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted tenga, podemos buscar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección **Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)** para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Esto es solo un breve resumen. Si pagamos primero o segundo (o no pagamos) depende de los tipos de seguros adicionales que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen en su situación. Para obtener más

información, consulte el folleto publicado por el gobierno, "*Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero*". Es CMS Pub. No. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del Pagador secundario de Medicare como, por ejemplo, la manera de determinar el número de personas empleadas por un patrono con fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas son publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión o acción tomada por nuestro plan relacionada con las reglas de coordinación de beneficios y de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 *Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*) de esta *Evidencia de cobertura*.

CAPÍTULO 12
Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (Afiliado de nuestro plan o "Afiliado del plan"): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción en nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés): método no invasivo y forma de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que puede medir el flujo de sangre por los vasos sanguíneos.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados cuando se limita la afiliación de acuerdo con el lugar donde viven. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente es también el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio, el plan puede desafiliarle.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: un asistente de cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de cuidado de la salud en el hogar no tienen una licencia en enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red reciben nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos para el programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima.Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no paga una prima superior.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de las Partes A y B. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal. Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Tenga en cuenta: debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre su cantidad máxima de desembolso personal.

Cantidad permitida: la cantidad de pago determinada y permitida por un patrocinador del plan para un servicio o suministro médico cubierto.

Cargo límite de Medicare: en el plan Medicare original, la cantidad máxima de dinero que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que no acepte asignaciones puede cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15 por ciento por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni equipo.

Cargo permitido por Medicare: la cantidad que Medicare permite que se gaste para un beneficio o servicio en particular.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidado de urgencia: un centro establecido para diagnosticar y tratar enfermedades o lesiones imprevistas de manera ambulatoria. El personal del centro está compuesto por médicos, quienes tratan o supervisan el tratamiento de los pacientes. El centro además ofrece cuidado de enfermería. Este tipo de centro no provee habitaciones ni comidas para pacientes internados.

Centro de diálisis independiente: centro médico independiente que provee servicios de diálisis para pacientes ambulatorios. Este tipo de centro no provee habitaciones ni comidas para pacientes internados; tiene certificación de Medicare y licencia de la autoridad correspondiente.

Centro de radiología (imágenes) independiente: centro independiente que proporciona uno o más de los siguientes servicios para pacientes ambulatorios con fines de prevención, diagnóstico y tratamiento de lesiones o enfermedades: radiografías; medicina nuclear; radioterapia oncológica. Esto incluiría servicios como imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), escaneos de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) y escaneos de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés). Este tipo de centro no provee habitaciones ni comidas para pacientes internados; tiene certificación de Medicare y licencia de la autoridad correspondiente.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo contactar a los CMS.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare, generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o suministros médicos, como por ejemplo una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren $10 o $20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Coseguro: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o medicamentos recetados. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar el afiliado por los servicios o medicamentos recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Una “tarifa diaria de costos compartidos” se puede aplicar cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son costos compartidos que no sean costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: Costos compartidos preferidos se definen como costos compartidos inferiores para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Cuidado de hospicio: forma especial de atender a los enfermos terminales y proveerles asesoramiento a sus familias. El cuidado de hospicio es cuidado físico y asesoramiento brindado por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o compañía privada certificada por Medicare. Dependiendo de la situación, este cuidado puede brindarse en el hogar, en un centro de hospicio, hospital u hogar de ancianos. El cuidado de un hospicio se da para ayudar a pacientes durante los últimos meses de sus vidas brindándoles comodidad y aliviándoles el dolor. Se concentra en el cuidado y no en la cura. Para obtener más información sobre el cuidado de hospicio, descargue la publicación “Medicare Hospice Benefits” (Beneficios de hospicio de Medicare) en: https://www.medicare.gov/pubs/pdf/02154-medicare-hospice-benefits.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cuidado de la salud en el hogar: servicios de cuidado de enfermería especializada y ciertos otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en el Capítulo 4 bajo el título "Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar". Si usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se encargará de cubrir estos servicios para usted, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si los servicios forman parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su lesión o enfermedad. No estarán cubiertos a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. El cuidado de la salud en el hogar no incluye el servicio de ama de llaves, coordinación de servicios de alimentación ni enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por un enfermero registrado o por un médico.

Cuidado médico a pacientes internados: cuidado de la salud que recibe al ser admitido en un hospital.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios cubiertos 1) brindados por un proveedor acreditado para proporcionar servicios en casos de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidado personal no médico: el cuidado personal no médico es cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado personal no médico es cuidado personal que puede ser proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado personal no médico.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliarse o **Desafiliación:** el proceso para terminar su afiliación con nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión).

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se conocen como "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el Plan Medicare Advantage realiza una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): determinado equipo médico solicitado por el médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés): combina el uso de una computadora digital con un dispositivo rotativo de radiografía para generar imágenes detalladas de cortes transversales de distintos órganos y partes del cuerpo.

Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés): técnica de diagnóstico médico por imágenes que supone la inyección de un isótopo al paciente y el uso de un explorador PET para detectar la radiación emitida.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o coseguro por los medicamentos después de que usted u otras personas elegibles en su nombre hayan gastado **$6,350** en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que haya pagado y lo que el plan haya pagado en su nombre en el año hayan alcanzado **$4,020**.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el formulario del patrocinador del plan (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia de pedido por correo: las farmacias de pedido por correo son farmacias que surten medicamentos recetados por correo. Los afiliados pueden enviar una receta escrita por su médico a la farmacia de pedido por correo que surtirá el pedido y enviará los medicamentos recetados a la casa del afiliado o a la dirección elegida.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Tal como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Formulario: lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de "costos compartidos". El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costos "de desembolso personal" del afiliado.

Guía de medicamentos recetados (Formulario): lista de medicamentos cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca.

Hospicio: un afiliado que tiene seis meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas aún es un afiliado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios por razones médicas, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El hospicio proveerá tratamiento especial para su estado.

Hospitalización de paciente internado: una estadía en el hospital cuando haya sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos profesionales. Incluso si es internado en el hospital por una noche, usted podría ser considerado "ambulatorio".

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés): método de modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza un campo magnético y análisis computarizado de señales de radiofrecuencia inducidas para producir imágenes del tejido corporal de manera no invasiva.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Laboratorio independiente: centro independiente que provee pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios con fines de prevención, diagnóstico y tratamiento de lesiones o enfermedades. Este tipo de centro no provee habitaciones ni comidas para pacientes internados; tiene certificación de Medicare y licencia de la autoridad correspondiente.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Guía de medicamentos"): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca.

Mamografía de detección: procedimiento radiológico para la detección precoz del cáncer de mama, e incluye la interpretación de los resultados realizada por un médico.

Mamografía de diagnóstico: un procedimiento radiológico proporcionado a un hombre o mujer con signos o síntomas de enfermedad de mama.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo contactar a Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) en base de tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare original, un plan PACE o un Plan Medicare Advantage.

Medicare original ("Medicare tradicional" o Medicare "Cargo por servicio"): Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de cantidades determinadas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico); se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicina nuclear: radiología que introduce radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) en el cuerpo con el objeto de diagnosticar con imágenes, evaluar la función del órgano o ubicar la enfermedad o tumores.

Multa por afiliación tardía de la Parte D: cantidad que se añade a la prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más. Pagará la cantidad superior mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por afiliación tardía.

Necesario por razones médicas: los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento.

Nuestro plan: el plan en el que está inscrito, CareNeeds PLUS (HMO D-SNP).

Organización Medicare Advantage: los Planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas. Estos le brindan más opciones, y algunas veces, beneficios adicionales. Estos planes siguen siendo parte del programa Medicare y también se llaman "Parte C de Medicare". Le proporcionan toda la cobertura de la Parte A (hospitalaria) y de la Parte B (médica) de Medicare. Algunos también pueden proveer cobertura de la Parte D de Medicare (medicamentos recetados).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): tipo de plan de cuidado administrado de Medicare en donde un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud acuerdan proporcionar cuidado de la salud a los beneficiarios de Medicare por una cantidad fija de dinero por parte de Medicare cada mes. Generalmente usted debe conseguir su cuidado médico por parte de los proveedores del plan.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo contactar a la QIO de su estado.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)".

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Período de beneficio: la forma en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado de hospitalización (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

Período especial de inscripción: el momento establecido en que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud y de medicamentos o regresar a Medicare original debido a determinados eventos o cambios en su vida. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted. Esto también se denomina Período especial de elección o SEP, por sus siglas en inglés.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los afiliados del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de parte de proveedores de la red como fuera de la red. Los costos compartidos de los afiliados generalmente serán superiores cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos de desembolso personal para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre sus gastos de desembolso personal combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a las personas con Medicare inscritas en el plan los beneficios de las Partes A y B. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Programas piloto o de demostración y los Programas de cuidado médico integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no son pagados por Medicare original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con Enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen algunas excepciones).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado médico integral para personas de la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) mientras les sea posible, a la vez que reciben el cuidado médico de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro complementario a Medicare): seguro complementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las "brechas" de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: examen para identificar las fortalezas y debilidades específicas de una persona a fin de determinar una afección, dolencia o enfermedad.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los afiliados de la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, aunque no todos, la mayoría de los medicamentos de marca tiene un descuento.

Prótesis y ortopedia: estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, cabestrillos, corsés y collarines; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, como suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El proveedor de cuidado primario es el que se encarga de que reciba el cuidado necesario para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otros médicos y proveedores de cuidado de la salud y puede hablar con ellos sobre su cuidado. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud, usted debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información acerca de los Proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para denominar a médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y demás centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los denominamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinar, así como también proporcionar, servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según el acuerdo que tenga con ellos o si dichos proveedores aceptan proporcionar servicios cubiertos por el plan. También se les puede denominar "proveedores del plan".

Proveedor del plan: consulte "Proveedor de la red".

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: proveedor o centro médico con quien no hemos acordado coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros médicos fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Queja: el nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nosotros o una farmacia, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Radiología: radiografías y otros tipos de radiación de alta energía, especialmente para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad.

Red - consulte "Farmacia de la red" y "Proveedor de la red

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Servicios de imágenes avanzadas: escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés).

Servicios de observación: servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si un paciente debe ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Los servicios de observación se pueden brindar en el departamento de emergencia o en otra área del hospital. Incluso si pasa una noche en una cama de hospital regular, podría ser considerado paciente ambulatorio.

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

Servicios para afiliados: un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo contactar a Servicios para afiliados.

Servicios que se necesitan con urgencia: los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediatamente. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa contratada: la tarifa que el proveedor o la farmacia de la red acordó aceptar por los servicios o medicamentos recetados cubiertos.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Tarifa diaria de costos compartidos: una “tarifa diaria de costos compartidos” se puede aplicar cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de $30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “tarifa diaria de costos compartidos” es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día al surtir su medicamento recetado.

Terapia por fases: una herramienta de usos que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Anexo A – Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otras secciones de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

Florida	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee,FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa,FL 33609 1-888-317-0751 1-855-843-4776 (TTY) 1-833-868-4058 (Fax)
Oficina estatal de Medicaid	Florida Agency for Health Care Administration 1317 Winewood Blvd. Building 1 Room 202 Tallahassee,FL 32399-0700 1-866-762-2237 (llamada gratuita) 1-850-487-1111 (local) 1-850-922-2993 (fax) http://www.fdhc.state.fl.us/
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida ADAP Program HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee,FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

CarePlus HEALTH PLANS

2020 Covered Durable Medical Equipment Items and Brands

Artículos y Marcas de Equipo Médico Duradero Cubiertos para el 2020

Durable Medical Equipment (DME) is certain medical equipment ordered by your doctor for medical reasons. Generally, CarePlus covers any DME that is covered by Original Medicare. The list below tells you which brands and manufacturers of DME are covered under our benefit plans. We have rules around which brands/manufacturers we will cover. These rules are explained in your plan's "Evidence of Coverage" book (look under "Durable medical equipment and related supplies" in the Chapter 4 Benefit Chart). Brands or manufacturers of DME not listed below may not be covered. Please talk to your doctor about choosing a brand that is appropriate for your medical needs.

El Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) es cierto equipo clínico indicado por su médico por razones médicas. Por lo general, CarePlus cubre cualquier equipo médico duradero que está cubierto por Medicare Original. La lista a continuación le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que están cubiertos bajo nuestros planes de beneficios. Tenemos reglas sobre las marcas/fabricantes que cubriremos. Estas reglas están explicadas en el libro "Evidencia de Cobertura" de su plan (busque bajo "Equipo médico duradero y suministros relacionados" en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4). Es posible que las marcas o fabricantes de equipo médico duradero que no aparecen en la lista a continuación no estén cubiertos. Por favor hable con su médico sobre la elección de una marca que sea apropiada para sus necesidades de salud.

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
BiPap-CPAP-Tracheostomy Equipment and Supplies ***Equipo y suministros de BiPap, CPAP y traqueotomía***	Drive Medical[3] Fisher & Paykel Healthcare[1] Independence Medical[1] Kimberly Clark[2] Lauder Enterprises, Inc.[1] Medline Industries, Inc.[3] Medtronics[2] MSD[2] Resmed[1] Respironics, Inc.[3] Salter Labs[1]
Catheter Supplies and Drainage Kits ***Suministros para catéteres y dispositivos de drenaje***	Coloplast[2] Drive Medical[3] Medline[1]
Commodes ***Inodoros portátiles (Commodes)***	Drive Medical[3] Medline Industries, Inc.[1] PMI[1]

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
Feeding Tubes and Nutritional Supplies ***Tubos de alimentación y suministros nutricionales***	Abbott Nutrition- Ross[2] Amsino[2] Drive Medical[2] Kimberly Clark[2] Kimberly Clark Brand (Mic-Keys Model)[1] MSD[2]
Hospital Beds - Mattresses and Supplies - Patient Lifts ***Camas de hospital - Colchones y suministros - Elevadores de pacientes***	Drive Medical[3] Medline[1] PMI[1]
Laryngectomy Supplies ***Suministros de laringectomía***	Medline[2] Medtronic[2] MSD[2] Independence Medical[1]
Lymphedema Pumps and Supplies ***Bombas y suministros para linfedema***	ArjoHuntleigh Heathcare, LLC[2] Devon Medical - CircuFlow[1] Huntlieh Medical[2]
Mobility Assistive Devices **Canes - Crutches - Walkers - Wheelchairs - Wheelchair Accessories - Power Operated Vehicles** ***Dispositivos para ayudar con la movilidad*** ***Bastones - Muletas - Caminadores - Sillas de ruedas - Accesorios para sillas de ruedas - Vehículos motorizados***	Drive Medical[3] Medline[1] Merits[1] PMI[1] Pride[1] Tuffcare[1]
Orthopedic Supplies **Continuous Passive Motion Units and Supplies - Traction - Bone Growth Stimulators** ***Suministros ortopédicos*** ***Unidades y suministros de movimiento pasivo continuo - Tracción - Estimuladores del crecimiento óseo***	Drive Medical[2] CMF SpinaLogic[1] CMF OL1000[1] Kinetec Brand (Spectra Model)[1] Kinetec USA[2] Orthofix[2] Patterson Medical[2]
Respiratory/Oxygen Equipment and Supplies ***Equipo de oxígeno/respiratorio y suministros***	Airgas[3] Caire[1] Colonial[1] Drive Medical[3] Fisher & Paykel[1] Independence Medical[1] Medline[1] O2 sales[1] Precision Medical[1] Resmed[1] Respironics Inc[3] Salter Labs[1] Sunset HealthCare Solutions[1]

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
Respiratory/Oxygen Equipment and Supplies (continued) ***Equipo de oxígeno/respiratorio y suministros (continuación)***	**Portable oxygen concentrators** ***Concentradores de oxígeno portátiles*:** Airsep Freestyle 3[1] Respironics SimplyGo[3] Sequal Eclipse[1]
Sitz Bath Supplies ***Suministros para baño terapéutico***	Drive Medical[3]
Suction Machine Supplies ***Suministros para máquinas de succión***	Drive Medical[3] Global Health Care[2] Independence Medical[1] Medline Industries, Inc.[1]
Tens Units and Supplies ***Unidades de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (tens units) y suministros***	Drive Medical[3] PMI[1]

[1] Available through One Homecare only
Disponible solamente a través de One Homecare

[2] Available through Integrated Home Care Services only
Disponible solamente a través de Integrated Home Care Services

[3] Available through One Homecare and Integrated Home Care Services
Disponible a través de One Homecare e Integrated Home Care Services

CarePlus is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in CarePlus depends on contract renewal.

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Departament.
  11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, los sábados, los domingos y los días feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**, por medios electrónicos 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 por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos, tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.
繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。
Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.
한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.
Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.
Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.
Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.
Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.
Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.
Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.
ગુજરાતી (Gujarati): નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કૉલ કરો.
ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.
Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́ niká'adoowoł.
العربية (Arabic):
الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Servicios para afiliados de CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratis. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Además, el departamento de Servicios para afiliados también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es igual al de arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department 11430 NW 20th Street, Suite 300 Miami, FL 33172
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/contact-careplus**

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico
El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles asesoramiento gratis y a nivel local sobre el seguro médico a las personas que tienen Medicare.

La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el “Anexo A” en este documento.

Declaración de divulgación según la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14098
Lexington, KY 40512-4098

Información importante

H1019090000EOCSP20

CarePlus
HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com