Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de *MoreCare For You (HMO)*℠

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

Este plan, *MoreCare For You*, es ofrecido por *MoreCare, Inc.* (Cuando esta *Evidencia de cobertura* use las palabras "nosotros" o "nuestro", se refiere a *MoreCare, Inc.* Cuando use las palabras "plan" o "nuestro plan", se refiere a *MoreCare For You*.)

Esta información está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número (844) 480-8528 para obtener información adicional. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST del 1 de abril hasta el 30 de septiembre).

Esta información puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional.

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

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

H2678_1100-0408_C File & Use 17/09/2021

OMB Aprobación 0938-1051 (Expira el: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de Cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es solo su punto de inicio. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al inicio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Indica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Menciona los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su membresía al día.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 22

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (*MoreCare For You*), así como con otras organizaciones, incluyendo a Medicare, el Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud (SHIP), la Organización para Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medi-Cal (Medicaid) (el programa estatal de seguro médico para personas con ingresos bajos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación del Ferrocarril.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos 42

Explica cosas importantes que necesita saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores en la red del plan, y cómo obtener atención cuando se presenta una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)..... 59

Proporciona detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles no lo están para usted como miembro. Explica cuánto pagará usted como costo compartido por atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D 111

Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene medicamentos de la Parte D. Le informa cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Le informa acerca de los programas del plan para la seguridad y manejo de medicamentos.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 138

Le informa acerca de las 3 etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de interrupción de cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas), y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis (6) niveles de costo compartido para sus medicamentos recetados de la Parte D y le indica lo que debe pagar por cada medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 158

Le informa cuándo y cómo enviarnos una cuenta cuando desea solicitarnos que le reembolsemos por nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 167

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro del plan. Le informa qué puede hacer si cree que sus derechos no se han respetado.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 179

Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted cree están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitarnos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos recetados, y cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura de atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explicar cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicios al cliente y otros.

Capítulo 10 Cómo dejar de ser miembro del plan 241

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales a nuestro plan se le requiere terminar su membresía.

Capítulo 11 Notificaciones legales 251

Incluye notificaciones acerca de las leyes gobernantes y la no discriminación.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes 254

Explica los términos importantes utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 6
Sección 1.1 Usted está inscrito en *MoreCare For You*, una HMO de Medicare ... 6
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de la *Evidencia de cobertura?* ... 6
Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura* ... 6

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? ... 7
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad ... 7
Sección 2.2 ¿En qué consiste la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare? ... 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *MoreCare For You* ... 8
Sección 2.4 Ciudadanía y presencia legal en los Estados Unidos ... 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? ... 8
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para recibir la atención y medicamentos recetados cubiertos ... 8
Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores*: Su guía a todos los proveedores en la red del plan ... 9
Sección 3.3 El *Directorio de Farmacias*: Su guía para las farmacias en nuestra red ... 10
Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos *(Formulario)* del plan ... 10
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). Informes con el resumen de pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D ... 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *MoreCare For You* ... 11
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? ... 11

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" en la Parte D? ... 12
Sección 5.1 ¿En qué consiste la "multa por inscripción tardía" en la Parte D? ... 12
Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía en la Parte D? ... 13
Sección 5.3 En algunas situaciones, se puede inscribir tarde y no tiene que pagar la multa ... 13
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa de inscripción tardía en la Parte D? ... 14

SECCIÓN 6 ¿Debe usted pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? ... 15

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos? ... 15
Sección 6.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D? ... 15
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D? ... 15
Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D? ... 15

SECCIÓN 7 Cómo obtener más información acerca de su prima mensual ... 16
Sección 7.1 Si usted desea pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, existen muchas formas de hacerlo ... 16
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? ... 17

SECCIÓN 8 Mantenga al día sus registros de membresía del plan ... 18
Sección 8.1 Cómo ayudar para asegurarse de que tengamos la información exacta acerca de usted ... 18

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal. 19
Sección 9.1 Nos aseguramos que su información de salud esté protegida ... 19

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ... 19
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otros seguros? ... 19

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *MoreCare For You*, una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y ha escogido obtener atención de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare por medio de nuestro plan, *MoreCare For You*.

Hay diferentes tipos de planes de salud Medicare. *MoreCare For You* es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener atención de salud de Medicare y medicamentos recetados cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto le explica acerca de sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

La palabra "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención de salud y servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de *MoreCare For You*.

Es importante aprender cómo opera el plan, cuáles son las reglas y qué servicios están a su disposición. Lo alentamos a que separe algún tiempo para revisar el folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros del plan (la información de contacto está en la contraportada de este folleto).

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

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *MoreCare For You* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, y cualquier notificación que reciba de nosotros acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman "complementos" o "enmiendas".

El contrato está vigente por los meses en los que está inscrito en *MoreCare For You* entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2022.

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

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros para servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar a *MoreCare For You* cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo mientras continuemos ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 explica la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- *y* -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos

Sección 2.2 ¿En qué consiste la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?

Cuando originalmente se inscribió en Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare por lo general cubre servicios proporcionados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de cuidados especializados de enfermería u otras agencias de cuidados médicos en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios de un médico, terapia de infusión en casa y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *MoreCare For You*

Si bien Medicare es un programa federal, *MoreCare For You* solo está disponible a las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Illinois: Condado de Cook

Si tiene pensado mudarse fuera el área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

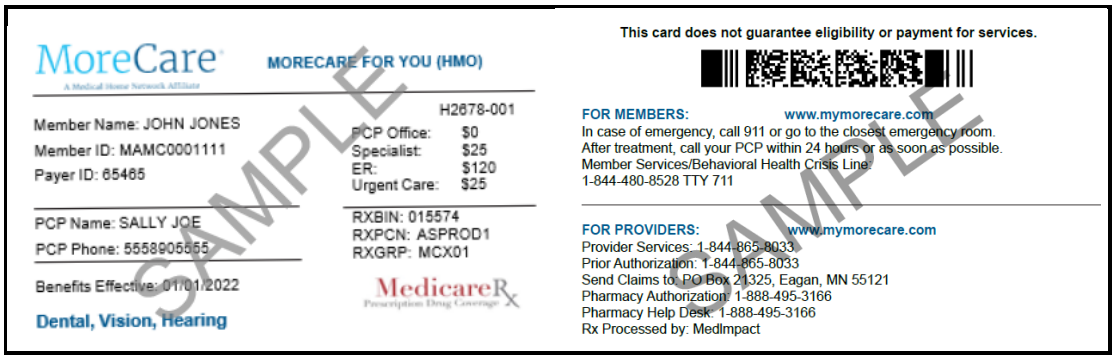
Sección 2.4 Ciudadanía y presencia legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *MoreCare For You* si usted no es elegible para seguir siendo miembro por ese motivo. *MoreCare For You* debe anular su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para recibir la atención y medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan para recibir los servicios que cubre este plan y para medicamentos recetados que obtiene de la red de farmacias. Además, debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para mostrarle cómo será la suya:



Los motivos por lo que esto es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de *MoreCare For You* mientras que es un miembro del Plan, usted quizás tenga que pagar el costo total.

Si la tarjeta de membresía del plan se ha dañado, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

El *Directorio de Proveedores* contiene los detalles de los proveedores de nuestra red y de los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otras instituciones de atención de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos coordinado para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-providers.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios requeridos

de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *MoreCare For You* autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de las emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Puede solicitar más información a Servicios para Miembros acerca de nuestra red de proveedores, inclusive, información acerca de sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de Proveedores* en mymorecare.com/find-providers o bajarlo de nuestro sitio web. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de Farmacias*: Su guía para las farmacias en nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para nuestros miembros del plan.

¿Por qué necesita estar informado acerca de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para ubicar a la farmacia de la red que desea utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-rx. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le envíen por correo un *Directorio de Farmacias.* **Revise el *Directorio de Farmacias* de 2022 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los cambios de la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-rx.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* La llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. Le dice qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *MoreCare For You*. Los medicamentos de esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de *MoreCare For You*.

La Lista de Medicamentos también le indica si hay alguna regla que restringe la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (mymorecare.com/find-rx.) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). Informes con el resumen de pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que usted, otra persona en su nombre, y nosotros ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que se pagó por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes que se utiliza el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, así como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que le receta acerca de estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo le puede ayudar a hacer el seguimiento a su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *MoreCare For You*

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual separada del plan por *MoreCare For You*. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B la pague por usted Medicaid u otra entidad).

En algunas situaciones, la prima del plan puede ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser superior al monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. La situación se describe abajo.

- Se requiere que algunos miembros paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles primero o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no contaban con cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos cubra, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Para estos miembros, se agrega la "multa por inscripción tardía" en la Parte D a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima del plan mensual más el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D.
    - Si se requiere que pague la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa de inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La Sección 5 del Capítulo 1 le explica sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, podría dársele de baja del plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como cantidad de Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado por encima de una cierta cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar el importe estándar de la prima y este cargo adicional, que será añadido a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 le brinda mayor información sobre IRMAA.

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

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

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si en cualquier momento después de que su período de inscripción inicial finalizó, hubo un período de 63 días seguidos o más en que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. (La “Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) El costo de la multa de inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D o cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribió primero en *MoreCare For You*, le informamos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía en la Parte D se considera la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Primero cuente el número de meses completos que demoró inscribiéndose en el plan para medicamentos de Medicare, después que fue elegible para hacerlo. O cuente el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos recetados, si la interrupción en cobertura fue de 63 días o más. La multa es el 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto del promedio de la prima mensual para planes para medicamentos de Medicare en la nación el año pasado. Para el 2022, este monto de prima promedio es de $33.37.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo sería 14% por $33.37, que equivale a $4.67. Esto se redondea a $4.70. Este monto será agregado **a la prima mensual para alguien con multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que notar sobre esta multa mensual de inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque el promedio mensual de la prima puede cambiar cada año. Si el promedio nacional de la prima (como la determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una multa** cada mes por el tiempo que esté inscrito en el plan que tiene beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se recalculará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en que no tuvo cobertura después de su período de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

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

Aún si ha demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

- Si ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare llama a esta situación **"cobertura acreditable de medicamentos".** Tome nota:
  - La cobertura acreditable puede incluir aquella de un ex empleador o sindicato, TRICARE, o Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Guarde esta información ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Tome nota: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finalice su cobertura de salud, tal vez no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare & You 2022* o llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella por menos de 63 días seguidos.
- Está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar que revisemos la decisión sobre la misma. En general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibe para informarle que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si debe pagar una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de cómo hacerlo (los números de teléfono están de la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Debe usted pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se reporta en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera una cierta cantidad, pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional sobre su prima.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole el monto de la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación del Ferrocarril o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de la manera usual en la que usted paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una cuenta de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), según se reporta en su declaración de impuestos al IRS, supera una cierta cantidad, pagará una cantidad adicional, además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más acerca de cómo solicitar esta revisión, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no al plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si se le solicita por ley que pague la cantidad adicional y usted no la paga, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Cómo obtener más información acerca de su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se reporta en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera una cierta cantidad, pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional sobre su prima.

- **Si se le solicita que pague la cantidad adicional y usted no la paga, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole el monto de la cantidad adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D basadas en ingresos, vaya al Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048. O también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare & You 2022* le informa acerca de estas primas de Medicare en la sección llamada "Costos de Medicare 2022." Le explica cómo la prima de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con ingresos diferentes. Todos los que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* cada año en el otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la recibirán dentro del mes después de inscribirse. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted desea pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, existen muchas formas de hacerlo

Si usted desea pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, existen dos (2) formas de hacerlo. Para informarnos sobre cómo prefiere pagar, o para cambiar cómo realiza su pago en cualquier momento, comuníquese con nuestro Servicios para Miembros (la información de contacto aparece en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, puede tardar hasta tres meses que su nuevo método de pago sea efectivo. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse pagar a tiempo la multa por inscripción tardía en la Parte D.

Opción 1: Puede pagarla con cheque

Recibirá una factura de MoreCare, Inc. Envíe un cheque o giro postal, con su ID de miembro escrita en él y el cupón de pago de su factura a:

MoreCare, Inc.
P.O. Box 95091
Chicago, IL 60694-5091

Haga el cheque pagable a MoreCare, Inc. El pago debe realizarse el primer día del mes de cobertura. Llame a Servicios para Miembros de MoreCare al (844) 480-8528, si tiene preguntas sobre la facturación.

No envíe ni haga sus cheques pagables a los Centros de Servicios Medicare y Medicaid ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Nota: No puede pagar en persona

Opción 2: Usted puede solicitar que se elimine de su cheque mensual del Seguro Social la multa por inscripción tardía en la Parte D.

Usted puede solicitar que se elimine de su cheque mensual del Seguro Social la multa por inscripción tardía en la Parte D. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener mayor información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Nos complacerá ayudarle con esto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

¿Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su multa de inscripción tardía en la Parte D?

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

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

No. No se nos permite iniciar el cobro de una prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, tal vez deba empezar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted tuvo un período continuo de 63 días o más en los que no contaba con cobertura "acreditable" de medicamentos recetados.) Esto podría ocurrir si usted es elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para dicho programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para recibir "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si alguna vez ha estado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más.

Puede encontrar más información acerca del programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga al día sus registros de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar para asegurarse de que tengamos la información exacta acerca de usted

Su registro de membresía tiene información del formulario de inscripción, incluyendo su dirección y números de teléfono. Muestra su cobertura específica del Plan, lo que incluye su proveedor de atención primaria grupo médico.

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

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o Medicaid)
- Si tiene reclamos de responsabilidad como los de accidentes automovilísticos
- Si ha ingresado en un hogar para personas mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (como los encargados del cuidado)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de esta información cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare requiere que recopilemos información de usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro para atención médica o medicamentos que tenga. Esto es así porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para recibir más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea atentamente esa información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números están en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos que su información de salud esté protegida

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información médica personal. Protegemos su información médica de acuerdo con estas leyes.

Para más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otros seguros?

Cuando usted tiene otros seguros (como cobertura de salud en grupo de su empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le llama el "pagador primario" y puede pagar hasta llegar a los límites de su cobertura. Al seguro que paga en segundo lugar se le llama "pagador secundario", y solamente paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario podría no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas reglas aplican a coberturas de planes de salud en grupo de un empleador o un sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud en grupo está basada en su empleo actual, o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o su familiar aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, el plan de su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud en grupo pagará primero por los primeros 30 meses después que usted se vuelve elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura usualmente pagan primero por servicios relacionados a cada tipo:

- Seguro sin sanción de culpabilidad (incluyendo seguro automotor)
- Daños a terceros (incluyendo seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación al trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos Medicare. Solamente pagan después de Medicare, el plan de salud en grupo de empleador y/o Medigap.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero, o si necesita actualizar otra información del seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Tal vez necesite proporcionar el número de identificación de membresía del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad), así sus facturas se pagan correcta y puntualmente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de *MoreCare For You*** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluye como contactar a Servicios para Miembros del plan) **23**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **30**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud** (ayuda gratis, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)... **31**

SECCIÓN 4 **Organización para el mejoramiento de calidad** (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare) **33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **34**

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

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados** **35**

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación del Ferrocarril** **39**

SECCIÓN 9 **¿Tiene "seguro en grupo" u otro seguro de salud de un empleador?** **39**

SECCIÓN 1 Contactos de *MoreCare For You* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluye como contactar a Servicios para Miembros del plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros del plan

Para asistencia con reclamos, facturación o preguntas acerca de la tarjeta para miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros de *MoreCare For You*. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL:	(844) 480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
ESCRIBA A:	MoreCare Health Plan Attn: General Correspondence P.O. Box 211004 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	mymorecare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es aquella que hacemos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información para solicitar decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 *[Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)].*

Puede llamarnos si tiene preguntas acerca de nuestro proceso de decisión de la cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto
LLAME AL:	(844) 480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
FAX	888-345-9110
ESCRIBA A:	MoreCare Grievance and Appeals P.O. Box 21994 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	mymorecare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos hecho. Para más información para presentar una apelación acerca de su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones para la atención médica - Información de contacto
LLAME AL:	(844) 480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
FAX	888-345-9110
ESCRIBA A:	MoreCare Grievance and Appeals P.O. Box 21994 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	mymorecare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja acerca de nosotros o sobre uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas por cobertura o pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo interponer una apelación). Para obtener más información para presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9

[*Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)].

Método	Quejas acerca de la atención médica – Información de contacto
LLAME AL:	(844) 480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
FAX	888-345-9110
ESCRIBA A:	MoreCare Grievance and Appeals P.O. Box 21994 Eagan, MN 55121
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *MoreCare For You* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es aquella que hacemos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información para solicitar decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 [*Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)].

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	(888) 495-3166 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	858-790-7100
ESCRIBA A:	MoreCare Coverage Decisions 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	mymorecare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos hecho. Para obtener más información para presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 [*Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)].

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	(888) 495-3166 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
FAX	858-790-6060
ESCRIBA A:	MoreCare Appeals and Grievance 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	mymorecare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja acerca de nosotros o sobre uno de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas por cobertura o pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo interponer una apelación). Para obtener más información para presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *[Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]*.

Método	Quejas acerca de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	(888) 495-3166 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
ESCRIBA A:	MoreCare Appeals and Grievance 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *MoreCare For You* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos por su parte del costo de atención médica o un medicamento que ha recibido

Para más información acerca de situaciones en que puede necesitar solicitarnos el reembolso o pago de una cuenta que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos*).

Tome nota: Si nos envía una solicitud de pago y negamos cualquier parte de esa solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *[Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)]* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago para la atención médica - Información de contacto
LLAME AL:	844-480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
FAX	312-277-9246
ESCRIBA A:	MoreCare, Inc. Attn: Claims P.O. Box 21325 Eagan, MN 55121

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	(888) 495-3166 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
FAX	858-549-1569
ESCRIBA A:	MedImpact Healthcare Systems, Inc P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
SITIO WEB	mymorecare.com

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

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

La oficina federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (a veces se les llama "CMS"). Esta oficina contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo a nosotros.

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

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Proporciona información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas. • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información acerca del estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes Medicare:** Proporciona información personalizada acerca de los planes disponibles de Medicare para medicamentos recetados, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un *estimado* de sus costos de bolsillo para los diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *MoreCare For You*: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *MoreCare For You* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad pueden ayudarlo a visitar estos sitios web usando sus computadoras. O puede llamar a Medicare e informarles qué información está buscando. Ellos ubicarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda gratis, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores entrenados en cada estado. En Illinois, el SHIP significa Programa de Seguro de Salud Senior de Illinois.

El Programa de Seguro de Salud Senior (Programa de Seguro de Salud Senior de Illinois) de Illinois es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para darle gratis asesoría local sobre el seguro de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros del Programa de Seguro de Salud Senior de Illinois pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas acerca de su atención médica o tratamiento, y ayudarle a solucionar problemas con sus cuentas de Medicare. Los consejeros del Programa de Seguro de Salud Senior de Illinois pueden ayudar a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder a preguntas acerca de cambios entre planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL ENVÍO Y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Formularios, Ayuda y Recursos**" en la parte superior derecha del menú
- En el menú desplegable, haga clic en "**Números de teléfono y sitios web**"
- Ahora cuenta con varias opciones
    - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**
    - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "**TEMAS"** en el menú de la parte inferior
    - Opción 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	**Programa de Seguro de Salud Senior de Illinois**
LLAME AL:	(800) 252-8966
TTY	(888) 206-1327 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A:	Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 Correo electrónico: AGING.SHIP@Illinois.gov
SITIO WEB	https://www2.illinois.gov

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad al servicio de los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Illinois, a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se le llama Programa Livanta BFCC-QIO.

El Programa Livanta BFCC-QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que el gobierno federal les paga. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención para las personas con Medicare. El Programa Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con el Programa Livanta BFCC-QIO por cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura para su atención de salud a domicilio, atención en centro de cuidados especializados de enfermería, o servicios en el centro de rehabilitación para pacientes externos (CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización para el mejoramiento de calidad)
LLAME AL:	(888) 524-9900 Horario de atención: 9:00 a. m. a 5:00 p. m. CST, de lunes a viernes Servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	(888) 985-8775 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A:	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://livantaqio.com/en/states/illinois

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar elegibilidad y manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE.UU. y los residentes permanentes legales de EE.UU. que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social, o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a ingresos más altos. Si recibe una carta del Seguro Social informándole que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Es importante comunicarse con el Seguro Social para informarles si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL:	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar el servicio automatizado de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

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

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a personas con Medicare a pagar su costos de Medicare, como sus primas. Estos "programas de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de bajos ingresos especificado de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas con discapacidad y que trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para averiguar más sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois.

Método	Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois – Información de contacto
LLAME AL:	(866) 468-7543 Horario de atención: 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes (excepto los días festivos estatales)
TTY	(877) 204-1012 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A:	Illinois Department of Healthcare and Family Services 401 South Clinton Chicago, IL 60607
SITIO WEB	www.illinois.gov/hfs

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare brinda "ayuda adicional" para pagar los costos de medicamentos recetados para personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y existencias, pero no su casa ni auto. Si califica, usted recibe ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, los deducibles anuales y copagos por medicamentos recetados. Esta “Ayuda adicional” también cuenta hacia los costos de bolsillo.

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

Es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para ver si cumple con los requisitos necesarios para recibir “Ayuda adicional”, llame a:

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

Si cree que ha calificado para recibir “Ayuda adicional” y cree que está pagando un costo compartido incorrecto cuando recibe los medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que permite que solicite asistencia en obtener evidencia de su propio nivel de copago, o, si ya tiene evidencia, para que nos la proporcione.

- Reconoceremos una carta de confirmación de inscripción de Medicare de parte del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois, o una carta de confirmación de parte de la Administración del Seguro Social (SSA) que indique la elegibilidad para recibir “Ayuda adicional”, como prueba de evidencia. Para solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, llame al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois. Para brindarnos esta evidencia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pague el copago correcto cuando obtenga sus próximos medicamentos recetados en la farmacia. Si ha pagado de más en su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el momento de sobrepago o deduciremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo está llevando como una deuda que usted debe, haremos el pago directo a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, haremos los pagos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes para medicamentos de marca a los miembros en la Parte D que han alcanzado el período de interrupción de cobertura y que no reciben la "Ayuda adicional". En el caso de los medicamentos de marca, el descuento de 70% ofrecido por los fabricantes excluye cualquier tarifa de suministro por los costos del período. Los miembros pagan 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca.

Si alcanza el período de interrupción de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta, y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará los descuentos aplicados. Tanto el monto que usted paga, como el monto descontado por el fabricante, se contabilizan para sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y lo pasa a través del período de interrupción de cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se contabiliza para sus gastos de bolsillo.

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

MoreCare For You ofrece cobertura adicional para el período de interrupción de cobertura para Insulinas selectas. Durante la etapa de interrupción de cobertura, sus costos de bolsillo por Insulinas selectas serán de $35 o menos. Para más información acerca de su cobertura durante la etapa de interrupción de cobertura, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en mymorecare.com/find-rx. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP y con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante del estado de residencia y su situación con el SIDA, tener bajos ingresos según lo defina el estado, y tener una categoría de no asegurado/infra-asegurado.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costos compartidos de recetas de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el

formulario de ADAP. Con el fin de asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local de afiliación de ADAP sobre cualquier cambio en su nombre de plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza. Puede contactar al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois al:

Método	Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois – Información de contacto
LLAME AL:	(800) 243-2437
TTY	(800) 547-0466 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
FAX	217-785-8013
ESCRIBA A:	***Sede de Springfield*** 525-535 West Jefferson St Springfield, IL 62761 ***Sede de Chicago*** 122 S. Michigan Ave. Pisos 7 y 20 Chicago, IL 60603 69 W. Washington Street Piso 35 Chicago, IL 60602
SITIO WEB	www.idph.state.il.us

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 243-2437.

¿Qué pasa si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si usted recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para sus medicamentos recetados durante el período de interrupción de cobertura.

¿Qué pasa si no recibe un descuento y usted cree que debe recibirlo?

Si cree que ha alcanzado el período de interrupción de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas estén

correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que a usted se le debe un descuento, puede presentar una apelación. Puede recibir ayuda para presentar una apelación de su Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación del Ferrocarril

La Junta de Jubilación del Ferrocarril (The Railroad Retirement Board) es una oficina federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si tiene preguntas respecto a sus beneficios de la Junta, póngase en contacto con la oficina.

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

Método	Junta de Jubilación del Ferrocarril – Información de contacto
LLAME AL:	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda de RRB automatizada y a la información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro en grupo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, primas o período de inscripción del empleador o retirados (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si ya tiene otras coberturas de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo de retirados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo su cobertura actual para medicamentos recetados funcionará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Las cosas que debe saber acerca de la obtención de atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 ¿Qué es un “proveedor de la red” y qué son los “servicios cubiertos”?..... 44

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan..... 44

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener atención médica 46

Sección 2.1 Usted debe escoger a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención 46

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP? 46

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red..... 47

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 48

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o necesita atención médica de urgencia o durante un desastre..... 49

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 49

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios médicos de urgencia 50

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre..... 51

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos? 51

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos 51

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total..... 51

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 52

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?..... 52

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué cosas?..... 53

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica 54

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud? 54
Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica 55

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero 55
Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierto número de pagos bajo nuestro plan? 55

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno . 56
Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 56
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 56
Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare? 57

SECCIÓN 1 Las cosas que debe saber acerca de la obtención de atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica qué debe saber acerca del uso del plan para obtener atención médica cubierta. Le da definiciones de términos y explica las reglas que necesitará cumplir para obtener tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para ver los detalles sobre qué servicios médicos están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga cuando obtiene atención, use el cuadro de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga*)

Sección 1.1 ¿Qué es un “proveedor de la red” y qué son los “servicios cubiertos”?

A continuación le damos algunas definiciones que le pueden ayudar a comprender cómo obtener la atención y servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud a los que el estado les otorga licencia para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instituciones de atención de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro monto de pago como pago completo. Hemos coordinado para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, usted solo le paga por su parte del costo de sus servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios de atención de la salud, suministros y equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos por atención médica están detallados en el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, *MoreCare For You* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare, y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare para estos servicios.

MoreCare For You generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" 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 profesión médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan debe escoger a un PCP de la red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe darle la aprobación por adelantado antes de que usted use otros proveedores en la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de cuidados especializados de enfermería o agencias de atención de salud a domicilio. A esto se le llama darle una "derivación". Para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requiere derivaciones de su PCP para atención de emergencia ni servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede obtener sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Por lo general, debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red del plan) no estará cubierta. *Hay tres excepciones:*
  - El plan cubre atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia que usted obtiene de un proveedor que no está en red. Para obtener más información acerca de esto, y para ver qué significa servicios de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, usted puede obtener la atención de un proveedor de fuera de la red. El proveedor fuera de la red debe obtener autorización previa del plan antes de realizar la prestación de la atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención de un proveedor de la red. Para información acerca de cómo obtener una aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis que obtenga en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

Un PCP (Proveedor de atención primaria) es su proveedor principal de atención médica. Cuando se inscribe como miembro de *MoreCare For You*, debe elegir un médico/profesional de la salud de la red que será el principal responsable de evaluar, tratar o coordinar todas sus necesidades de atención médica. Su PCP es un médico/profesional de la salud que pasa la mayoría del tiempo clínico comprometido en prácticas generales de medicina interna, medicina familiar o medicina geriátrica. La atención médica que recibió debe ser proporcionada o derivada por su PCP/profesional de la salud. Si su PCP/profesional de la salud determina que una se necesita una derivación, su PCP/profesional de la salud coordinará el proceso de derivación, generalmente dentro de la red de proveedores en la cual su PCP/profesional de la salud tiene establecido un acuerdo de derivación.

¿Cómo escoger a su PCP?

Puede escoger a un PCP en el momento de la inscripción seleccionando a un PCP del Directorio de proveedores del Plan. Si no seleccionó uno en el momento de la inscripción, le asignaremos uno. El nombre de su PCP estará impreso en su tarjeta de identificación de miembro de MoreCare.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje nuestra red de proveedores del plan y usted tendrá que encontrar un nuevo PCP. Puede cambiar de PCP cada mes. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros (el número de teléfono está impreso en la contraportada de este folleto). La fecha efectiva del cambio de PCP es el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP?

Puede obtener los servicios detallados abajo sin obtener aprobación previa de su PCP.

- Atención de salud de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías, (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou, y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor del plan.
- Las vacunas para la gripe, la COVID-19, la Hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a ella
- Servicios médicos de urgencia de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a ella cuando los proveedores de la red no estén temporalmente disponibles o inaccesibles (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis que obtenga en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, por favor llame a Servicios para Miembros antes de dejar el área de servicio, así podemos ayudar a programar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto)

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del organismo en específico. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos atienden a pacientes con trastornos del corazón.
- Ortopedistas atienden a pacientes con ciertas condiciones de los huesos, articulaciones o músculos.
- Los PCP juegan un papel importante en la coordinación de su atención, ya que brindan servicios directos e inician derivaciones a proveedores especializados y otros tipos de proveedores cuando es necesaria la atención que va más allá del ámbito de su práctica. Consulte la Sección 2.1 – Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos para averiguar qué servicios necesitan una derivación.
- Si su médico desea derivarlo a servicios médicos o beneficios que requieren autorización previa, tales como: una hospitalización, centros de cuidados especializados de enfermería o radiología diagnóstica o terapéutica, debe presentar una autorización previa ingresando al Portal de Proveedores en mymorecare.com o puede llamar a MoreCare al 844-480-8528. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST del 1 de abril hasta el 30 de septiembre). Estos servicios serán evaluados por MoreCare + antes de determinar si el servicio recibirá cobertura. Consulte el Capítulo 4 – Cuadro de Beneficios Médicos. Sección 2.1 para revisar los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si el especialista u otro proveedor de la red se retiran del plan?

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen muchas razones por las que su proveedor puede

se retira del plan, pero si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que nosotros le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor va a dejar nuestro plan, así usted tiene tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted para asegurarnos que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos asignado a un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando apropiadamente, tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

Si necesita ayuda para encontrar a un especialista o a otro proveedor de la red, póngase en contacto con Servicios para Miembros (la información de contacto está en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si usted necesita un servicio cubierto por Medicare y nosotros no tenemos a un proveedor de la red que pueda brindar ese servicio, el proveedor fuera de la red debe contactar al plan y solicitar autorización previa.

- Los proveedores fuera de la red deben contactar a MoreCare al (844) 865-8033, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CST.

Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o urgencias fuera del área. Además, los planes deben cubrir servicios de diálisis para miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores de servicios de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o necesita atención médica de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que se deteriora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o para ir a la sala de emergencias, hospital o centro de atención médica de urgencia más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener una aprobación o una derivación primero de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan se entere de su emergencia.** Debemos hacer el seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para comunicarnos acerca de su atención de emergencia; por lo general, dentro de las siguientes 48 horas. Puede encontrar el número telefónico en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencia de cualquier otra forma podría poner su salud en peligro. Para más información, vea el Cuadro de los Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando la atención de emergencia para ayudar a manejar y hacerle el seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que la emergencia ha terminado, tiene derecho a atención de seguimiento para asegurar que su condición continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores que no pertenecen al plan, trataremos de arreglar para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos. Consulte el Cuadro de los Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto para obtener más detalles.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia, pensando que su salud se encuentra en grave peligro y el médico podría indicar que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si esto sucede, siempre y cuando usted pensaba en forma razonable que su salud estaba en serio peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico indica que *no* era una emergencia, por lo general cubriremos la atención adicional *solo* si la obtiene de una de las dos maneras siguientes:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – *o* – La atención adicional que obtiene es considerada “servicios médicos requeridos de urgencia" y usted sigue las reglas para obtenerla (para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 3.2).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios médicos de urgencia

¿Qué son los “servicios requeridos de urgencia”?

Los "servicios requeridos de urgencia" son una enfermedad, lesión o afección inesperadas que no es de emergencia pero requiere atención médica de inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden brindarlos proveedores de la red o proveedores fuera de esta cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles. La condición inesperada podría, por ejemplo, ser un recrudecimiento de una condición conocida que tiene.

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

Siempre debe intentar obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, los proveedores están inaccesibles o no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando la red está disponible, nosotros cubriremos los servicios urgentes que obtuvo de un proveedor que no está en la red.

Si necesita atención médica de urgencia, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene necesidad de atención médica de urgencia?

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

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos, o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a la atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: mymorecare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de sus proveedores fuera de la red pagando los costos compartidos de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, tal vez podrá 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 pasa si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?

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

Si ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una cuenta por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya a al Capítulo 7 *(Pedirnos que paguemos nuestra parte de una cuenta que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

MoreCare For You cubre todos los servicios médicos que son necesarios según criterio médico, los cuales están enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen de manera consistente con las reglas del plan. Usted es responsable por pagar el costo total de 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 donde no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos por cualquier servicio o atención médica que está considerando, tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene el derecho de solicitar esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 *[Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*] tiene más información acerca de lo que debe hacer si desea una decisión acerca de la cobertura o desea apelar una decisión que hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están de la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total por cualquier servicio que obtenga después que ha usado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar estos costos una vez alcanzado un límite de beneficios contará hacia el máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto del máximo de su límite de beneficio ya ha usado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado "estudio clínico" es la forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo cómo funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando voluntarios para que ayuden 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 ver si el nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare aprueba el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del mismo y para ver si cumple con los requerimientos establecidos por los investigadores encargados. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio *y* tenga el entendimiento completo y aceptación de lo que significa si usted participa en el mismo.

Si usted participa en el estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando está en un estudio

de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

A pesar de que no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí necesita informarnos antes de empezar a participar en el estudio de investigación clínica.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están de la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para conocer más detalles sobre lo que su plan cubrirá.

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto por los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre los que se incluye:

- Alojamiento y comida para hospitalización que Medicare pagaría aún si no estuviese en un estudio.
- Operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte de este estudio. Después que Medicare ha pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte del costo. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibirá como parte del estudio, tal como si los recibiera de nuestro plan.

> *Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Digamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos para este análisis es de $20 dentro del Original Medicare, pero el análisis costaría $10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra parte de los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, necesitará enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de

Medicare u otra documentación que demuestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto debe usted. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes:**

- En general, Medicare *no* pagará por un nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare lo cubra aún si usted *no* estuviese en el estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da gratis a usted o a cualquier participante.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recolectar información, y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomas mensuales de tomografía computarizada realizadas como parte del estudio si su condición usualmente requeriría solo una toma.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de unirse a un estudio de investigación visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Estudios de investigación clínica Medicare" (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

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

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

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

Una institución religiosa no médica es un centro que provee atención para una condición que usualmente podría ser tratada en un hospital o en un centro de cuidados especializados de enfermería. Si obtener atención en un hospital o centro de cuidados especializados de enfermería va contra las creencias religiosas del miembro, en su lugar, nosotros proporcionaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica. Usted puede escoger obtener atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio es proporcionado únicamente para servicios de pacientes internos de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare únicamente pagará servicios de atención no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica

Para obtener atención de una institución religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indica que usted se opone conscientemente a aceptar el tratamiento médico "no objetado".

- Atención médica o tratamiento "no objetado" es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no es requerido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- "Objetado" es el tratamiento o atención médica que recibe que *no* es voluntario o *es requerido* de acuerdo a la ley federal, estatal o local.

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

- La institución que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de atención.
- Si obtiene servicios de esta organización que son provistos en una institución, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos como atención para paciente hospitalizado o atención en un centro de cuidados especializados de enfermería.
    - – *y* – usted debe recibir una aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ingresar a la institución o su estadía no será cubierta.

Este beneficio aplicará la misma cobertura y límites que su beneficio de hospitalización. Para ver los detalles sobre qué servicios médicos están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga como su parte del costo cuando obtiene atención, use el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 (cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que paga)

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa. Ciertos artículos, como prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección hablamos de otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En el Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico duradero pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *MoreCare For You*, usted no tomará propiedad de equipo médico duradero rentado, independientemente de cuántos pagos compartidos realice por el artículo como miembro de nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poseer el artículo. Los pagos que realizó anteriormente mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos para el equipo médico duradero bajo Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para estos 13 nuevos pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para que el equipo pase a ser de su propiedad. No hay excepciones en este caso cuando usted se regresa al Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, entonces, por el tiempo que se encuentre inscrito, *MoreCare For You* cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja *MoreCare For You* o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro, todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en *MoreCare For You*.

Si antes de inscribirse en *MoreCare For You*, usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses para la cobertura de equipos de oxígeno, sus costos compartidos en *MoreCare For You* es 20% de coseguro.

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

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si ha pagado alquileres de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a *MoreCare For You*, únase a *MoreCare For You* durante 12 meses, y luego regrese a Original Medicare, pagará el costo total compartido de la cobertura de equipos de oxígeno.

Del mismo modo, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en *MoreCare For You* y luego regresa a Original Medicare, pagará los costos compartidos totales de la cobertura de equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos 60

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos 60

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 60

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturación de saldo". 61

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará 62

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 62

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 106

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 106

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que le da una lista de sus servicios cubiertos y le dice cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *MoreCare For You*. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos de bolsillo que puede podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"Copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted puede pagar un copago a la vez para obtener el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos.)
- El **"Coseguro"** es el porcentaje del costo total de ciertos servicios médicos que usted debe pagar. Usted debe pagar un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro.)

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su comprobante de Medicaid o de elegibilidad para QMB a su proveedor, si corresponde. Si piensa que se le está solicitando pagar de manera incorrecta, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Ya que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite para el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2, más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de *MoreCare For You,* el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es $3,450. Los montos que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que usted paga por su multa por inscripción tardía y sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de bolsillo.) Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de $3,450, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Sin

embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B la pague por usted Medicaid u otra entidad).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturación de saldo".

Como miembro de *MoreCare For You*, una protección importante para usted es que solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores del plan que agreguen cargos adicionales por separado, llamado "débito a los miembros". Esta protección (que usted nunca paga más de la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos que lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un monto establecido de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces solo paga dicho monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del costo total), nunca tendrá que pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que vea:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato firmado entre el proveedor y el plan).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando usted es derivado.)
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando usted es derivado.)
- Si usted cree que un proveedor "le ha facturado el saldo", llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de Beneficios Médicos en las siguientes páginas detalla los servicios que *MoreCare For You* cubre y lo usted que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requerimientos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser proporcionados de acuerdo a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" 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 profesión médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor que no es de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 le brinda más información acerca de los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones donde cubriremos servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deba darle su aprobación por adelantado antes de que pueda ver a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una "derivación". El Capítulo 3 brinda más información acerca de obtener una derivación y las situaciones en las que no la necesita.
- Algunos de los servicios detallados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *sólo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (a veces se le llama "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa han sido marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de la cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su Manual *Medicare & You 2022*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubriremos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted es también tratado o monitoreado por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, aplicará un copago para el cuidado recibido para la condición médica existente.

- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá dicho servicio.

Información importante de beneficios para suscriptores con ciertas condiciones crónicas

- Si usted recibe un diagnóstico con la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
    - Trastornos autoinmunes
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Demencia
    - Diabetes
    - Enfermedad hepática en etapa terminal
    - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
    - Trastornos hematológicos graves
    - VIH/SIDA
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
    - Trastornos neurológicos
    - Accidente cerebrovascular
- Diríjase a la fila de “Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos” en el cuadro de beneficios médicos a continuación para mayor información.

Se mostrará esta manzana a un lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Prueba de detección de aneurisma de la aorta abdominal Un único examen de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de su médico, asistente médico, enfermera facultativa, o enfermera clínica especializada.	No hay coseguro, copago, ni deducible para miembros elegibles para esta prueba preventiva.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • De duración igual o superior a 12 semanas; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requerimientos de proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PAs), enfermeras especializadas (NPs)/ enfermeras clínicas especializadas (CNSs) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de acreditación de acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda el servicio de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	No hay coseguro, copago ni deducible para las consultas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios de ambulancia* • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria, al centro adecuado más cercano que pueda proporcionar atención solo si dichos servicios se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que se contraindican otros medios de transporte (podrían arriesgar la salud de la persona) o si lo autoriza el plan. **El servicio de transporte por ambulancia para casos que no son de emergencia es apropiado si la condición del miembro es tal que otros medios de transporte son contraindicados (podría poner en riesgo la salud de la persona) y que el transporte por ambulancia es médicamente requerido.** **Se requiere autorización previa para servicios que no son emergencias*	20% de coseguro para los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. $200 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.
Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esta consulta se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses siguientes a la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita acudir a una consulta "Bienvenido a Medicare" para recibir cobertura de las consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.
Densitometrías óseas Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios son cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de densidad ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Prueba de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía cada 12 meses para las mujeres a partir de los 40 años • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías cubiertas.
Servicios de asistencia de cuidador Recursos telefónicos y basados en la web para reducir el estrés de las cargas relacionadas con el cuidado y mejorar la eficacia del cuidado de los seres queridos. Los miembros y sus cuidadores pueden acceder a este beneficio de dos (2) maneras: 1**. MyCareDesk:** una plataforma digital que incluye un conjunto completo de herramientas y recursos basados en la web. o Para acceder, visite morecare.mycaredesk.com y regístrese utilizando su ID de miembro de MoreCare. 2. **Línea de Apoyo del Promotor de Salud:** Una opción de consulta telefónica para orientación personalizada y experta del cuidador. o Para hablar con un Promotor de Salud, llame al (833) 676-0660. Disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. CST. o También puede ponerse en contacto con un Promotor de Salud a través de la herramienta Chat en la plataforma MyCareDesk.	$0 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoría están cubiertos para miembros que cumplen con ciertas condiciones con la derivación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensa que típicamente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. **Se requiere autorización previa y derivación*	$50 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca e intensiva cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Consulta para reducción de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos 1 consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse que esté alimentándose bien.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.
Pruebas de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con el riesgo elevado de la enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Pruebas de cáncer cervical y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o ha tenido un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 meses y está en edad de tener hijos: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios de un quiropráctico* Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones **Se requiere autorización previa por los servicios más allá de la evaluación inicial y de las cuatro (4) consultas/tratamientos.*	$20 de copago por servicios cubiertos de Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Prueba de detección de cáncer de colon y recto Para las personas a partir de los 50 años, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o examen con enema de bario como alternativa) cada 48 meses Cualquiera de las siguientes cada 12 meses: • Prueba para detectar sangre oculta en las heces Guaiac (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Prueba colorrectal en base a ADN cada tres (3) años. Para las personas con alto riesgo de cáncer de colon y recto, cubrimos: • Colonoscopía de detección (o examen con enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer de colon y recto, cubrimos: • Colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de efectuada una sigmoidoscopia	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. $0 de copago por colonoscopias diagnósticas proporcionadas en las instalaciones quirúrgicas ambulatorias.
Servicios dentales Generalmente, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no los cubre Original Medicare. Cubrimos los siguientes servicios: Medicare cubría cuidados dentales no rutinarios, incluyendo servicios preventivos, limpieza, radiografías, obturaciones, extracciones, coronas, prótesis y periodoncia.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios dentales preventivos: **Exámenes preventivos/diagnóstico de servicios** Un (1) examen oral de rutina periódico cada año, incluyendo diagnóstico y documentación. **Limpieza (profilaxis)** Una (1) limpieza cada seis (6) meses, incluyendo limpieza de sarro y pulido. **Tratamiento con flúor** Un (1) tratamiento cada (6) meses **Radiografías dentales** • Un (1) serie de radiografías de aleta de mordida cada dos (2) años. • Un (1) conjunto de radiografías intraoral por año. • Radiografías de la dentadura completa o radiografías panorámicas cada cinco (5) años	$0 de copago
Servicios dentales integrales: **Obturaciones –** Este beneficio cubre obturaciones de amalgama (resina) u obturaciones compuestas (obturaciones blancas) en todos los dientes. Las obturaciones están cubiertas hasta un máximo de beneficio dental anual. **Extracciones simples y cirugía oral* –** La extracción de dientes incluye la cirugía de extracción hasta un máximo de beneficio dental anual. Las extracciones dentales y cirugías orales requieren autorización previa. **Coronas –** Cubiertas hasta un máximo de beneficio dental anual. **Dentaduras y Reparación de dentaduras –** Reparación de dentaduras y dentaduras postizas, incluyendo servicios para ajustar o realinear dentaduras, cubiertos hasta el máximo beneficio dental anual. **Se requiere autorización previa*	$0 de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Máximo de beneficio dental anual $1.800 máximo por año calendario para servicios dentales cubiertos. Los servicios deben ser provistos por un dentista contratado por el plan. Consulte con su dentista antes de realizarse los servicios, a fin de asegurarse de que su procedimiento esté cubierto	
Prueba de depresión Cubrimos una prueba de depresión al año. La prueba debe realizarse en un ambiente de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de diabetes Cubrimos esta prueba (incluye prueba de glucemia basal) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o un historial de alto azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y/o un historial familiar de diabetes. Basándose en los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, lancetas, y dispositivos con lancetas, y soluciones para control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y monitores. • Para personas con diabetes que sufren de pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos a medida (plantillas incluidas para dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluidos para plantillas removibles que no son a la medida provistas para tales zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	$0 de copago para monitores de glucosa sanguínea y tiras para medir la glucosa sanguínea cubiertas por Abbott Freestyle. 35% de coseguro para otros suministros de autocontrol diabético de marcas no preferidas. $35 de copago o menos por insulinas selectas. $0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos o plantillas cubiertas por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para clases de auto control de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*	
(Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos son, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Por lo general, *MoreCare For You* cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de la lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en *MoreCare For You* y está usando una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca sería adecuada según criterio médico después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para recibir una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no están 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 sobre qué producto o marca es adecuado para su condición médica. (Para obtener más información para presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, *Qué debo hacer si tengo un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.) *MoreCare* tiene una lista de los proveedores de la red. Esta lista de proveedores DME dentro de la red se puede encontrar en el directorio de proveedores de MoreCare, el cual está disponible en nuestra página web mymorecare.com/find-providers. **Se requiere autorización previa para todos los artículos DME con una compra superior a $500 o $38.50 por mes, si se renta.*	20% de coseguro por equipo DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención de emergencia Atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que se deteriora rápidamente. Copago para servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es lo mismo que para dichos servicios provistos dentro de la red. ***Los servicios de atención de urgencia/emergencia en todo el mundo están cubiertos.***	$120 de copago por consulta. Se renuncia al copago para los servicios de atención de emergencia cubiertos si se le admite en el hospital dentro de los tres (3) días. **Cobertura mundial** $120 de copago por servicios de atención de urgencia/emergencia. El copago para los servicios de atención de emergencia/ urgencia en todo el mundo se renuncia si se le admite en el hospital. **$10,000** de cobertura máxima anual de beneficios del plan para atención de emergencia en todo el mundo. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados luego de que su condición emergente sea estabilizada, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta o usted debe tener su atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Programas de educación para la salud y bienestar	
Asistente de educación en salud digital El asistente de voz en el hogar para apoyar los servicios de gestión de cuidado de MoreCare y ayudar a los miembros a supervisar su salud en el hogar. Los miembros elegibles recibirán acceso a un dispositivo de asistente de voz para participar en el programa. Si tiene preguntas sobre este programa o desea inscribirse, comuníquese con Servicios para Miembros. El número de teléfono está impreso en la contracubierta de este folleto.	$0 de copago por un asistente de educación en salud digital.
Membresía en un gimnasio Para acceder a su membresía de gimnasio, simplemente inscríbase en una instalación de condición física y presente su tarjeta de identificación de miembro. Llame a Servicios para Miembros con cualquier pregunta. El número de teléfono está impreso en la contracubierta de este folleto.	$0 de copago para membresía mensual de gimnasio.
Servicios para la audición	
Las pruebas de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su PCP o proveedor especializado para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las brinda un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$25 de copago por un examen de audición cubierto por Medicare.
o Exámenes de audición rutinarios cubiertos una (1) vez cada año cuando son provistos por un proveedor del plan.	$0 de copago por un (1) examen de audición rutinario dentro de la red.
o $2,000 de asignación para audífonos por año en ambos oídos combinados.	$2,000 de asignación para audífonos cada año.
o No se necesita de autorización o derivación alguna	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Pruebas de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o tienen un mayor riesgo de infectarse con el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago, ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio* Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenarlos para que los brinde una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado a su casa, lo que significa que salir de ella representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos son, entre otros: • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de atención médica en casa (para estar cubierto bajo el beneficio de atención de salud en casa, sus servicios combinados de enfermería especializada y servicios de atención en casa deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos **Se requiere autorización previa y derivación*	$0 de copago por servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Terapia de infusión en casa*	
La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos son, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Formación y educación a los pacientes que no están cubiertos por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en casa y medicamentos de infusión en casa proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en casa **Se requiere autorización previa*	20% de coseguro para servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención para enfermos desahuciados Puede recibir atención de cualquier programa de centros para enfermos desahuciados certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para enfermos desahuciados cuando su médico y el director médico del centro para enfermos desahuciados le ha dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si su enfermedad corre su transcurso normal. Su médico del centro para enfermos desahuciados puede ser un proveedor de la red o un proveedor que no pertenezca a la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y para aliviar dolores • Cuidados paliativos de corto plazo • Atención en casa <u>Para servicios de enfermos desahuciados y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados a su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro para enfermos desahuciados, así como cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados a su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en un programa para enfermos desahuciados, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios cubiertos por Original Medicare. <u>Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no relacionados a su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia y que no son requeridos de urgencia, cubiertos bajo la Parte A o B de Medicare y no relacionados a su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga los costos compartidos del plan por servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo pago por servicio Medicare (Original Medicare)	Cuando usted se inscribe en un programa de enfermos desahuciados certificado por Medicare, los servicios correspondientes, y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados a su pronóstico terminal, son pagados por Original Medicare y no por *MoreCare For You*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención a enfermos desahuciados (continuación) Para servicios cubiertos por *MoreCare For You* pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *MoreCare For You* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo la Parte A o B, independientemente de si están relacionadas o no a su pronóstico terminal. Usted paga su costo compartido del plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden ser cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por un centro para enfermos desahuciados y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(Qué sucede si está en un centro para enfermos desahuciados certificado por Medicare)*. **Nota:** Si necesita atención fuera de un centro para enfermos desahuciados (atención no relacionada a su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para programar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Inyecciones contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones contra la gripe adicionales de ser médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas de neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención a pacientes hospitalizados*	
Incluye servicios críticos y de rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo, y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza desde que lo ingresan formalmente a un hospital con una orden médica. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.	$295 de copago por cada día del día 1 al 6 por una estadía cubierta por Medicare.
Los servicios cubiertos son, entre otros: • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es necesario según criterio médico) • Alimentos, incluye dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades especiales de atención (como unidades de cuidados intensivos/coronarias) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	$0 de copago por cada día del día 7 al 90 por una estadía cubierta por Medicare. Usted está cubierto por días adicionales ilimitados por cada período de beneficios. Su período de beneficio es el mismo que en Original Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención a pacientes hospitalizados (continuación) • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, célula madre, e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros haremos los arreglos para que uno de los centros autorizados por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir acudir a uno local siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si *MoreCare For You* proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted escoge obtener trasplantes en esta ubicación distante, programaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y glóbulos rojos empacados únicamente se inicia con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar por las primeras tres (3) pintas de sangre que recibe en un año calendario o recibir la sangre donada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como un paciente del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un "paciente externo". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa para las hospitalizaciones electivas***	Si obtiene atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Hospitalización por salud mental*	
Los servicios cubiertos incluyen atención de servicios de salud mental que requieren hospitalización.	$295 de copago por cada día del día 1 al 5 por una estadía cubierta por Medicare.
El período de beneficios es la forma en la que Original Medicare mide el uso de los servicios de centros hospitalarios y de enfermería especializada (SNF) de parte del beneficiario en función de la Parte A de Medicare. Un período de beneficios empieza el día en que un beneficiario es admitido como paciente internado en el hospital o SNF. El período de beneficios finaliza cuando el beneficiario no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si un beneficiario ingresa al hospital (o SNF) después que el período de beneficios haya terminado, inicia un nuevo período de beneficios. Por cada período de beneficios, puede aplicarse un deducible: No hay límites en el número de períodos de beneficios.	$0 de copago por cada día del día 6 al 90 por una estadía cubierta por Medicare. Usted está cubierto por días adicionales ilimitados por cada período de beneficios. Su período de beneficio es el mismo que en Original Medicare.
Se requiere autorización previa para las hospitalizaciones* ***electivas*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía no cubierta de un paciente hospitalizado*	
Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado, o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de cuidados especializados de enfermería (SNF). Los servicios cubiertos son, entre otros:	$0 de copago por servicios de atención primaria cubiertos por Medicare.
• Servicios médicos	$25 de copago por servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	$0 de copago por pruebas de laboratorio u otros procedimientos de diagnóstico* cubiertos por Medicare
• Radiografías, radioterapia o terapia con isótopos, inclusive materiales y servicios de los técnicos.	$25 de copago por servicios de radiografía cubiertos por Medicare.
• Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos que se usan para la reducción de fracturas y dislocaciones • Aparatos prostéticos y ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluye los tejidos contiguos), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o inoperable permanentemente, incluida la sustitución o la reparación de dichos aparatos. • Soportes para las piernas, brazos, espalda y cuello; braguero y piernas, brazos y ojos artificiales, lo que incluye ajustes, reparaciones, y sustituciones requeridas debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente	20% de coseguro por cada equipo de DME/prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare*
• Terapia física, ocupacional y del habla.	$25 de copago por servicios de terapia ocupacional, física y del habla* cubiertos por Medicare
**Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.* **Se requiere autorización previa para todos los artículos DME con una compra superior a $500 o $38.50 por mes, si se renta.* **Se requiere autorización previa y derivación además de la evaluación inicial y las cuatro (4) consultas/tratamientos para servicios de terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje.*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo deriva su médico. Cubrimos 3 horas de asesoría uno a uno durante su primer año en que recibe servicios de terapia médica nutricional bajo Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage, o Original Medicare), y 2 horas cada año posteriormente. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la derivación anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago, ni deducible para miembros elegibles para servicios de terapia nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios MDPP serán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de comportamiento de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en cambios de dieta a largo plazo, actividad física incrementada, y estrategias para resolver problemas superando desafíos con respecto a mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludables.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos mediante nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:	20% de coseguro por cada medicamento de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos que usualmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o administrados por infusión mientras recibe servicios médicos, ambulatorios en un hospital o ambulatorios en un centro quirúrgico. • Medicamentos que utiliza con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra a sí mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si está inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está confinada a su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no se puede administrar a sí misma el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®, Epoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias de inmunodeficiencia También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluye las reglas que debe seguir para que las recetas se cubran. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan. **Se requiere autorización previa*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Prueba de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso de manera sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos la asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un ambiente de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago, ni deducible para pruebas preventivas y terapia para la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar la OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. (FDA) aprobó medicamentos agonistas de opiáceos y medicamentos antagonistas (MAT). • Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoría sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de recepción • Evaluaciones periódicas	No hay coseguro, copago ni deducible para programas de tratamiento con opioides.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Pruebas de diagnóstico para pacientes externos, y servicios y suministros terapéuticos*	
Los servicios cubiertos son, entre otros: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopo) que incluye materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros aparatos que se usan para la reducción de fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y glóbulos rojos empacados únicamente se inicia con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar por las primeras tres (3) pintas de sangre que recibe en un año calendario o recibir la sangre donada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos o Pruebas genéticas* **Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.* **Se requiere autorización previa y una derivación para los servicios de resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, nuclear y de sangre.*	$25 de copago por servicios de radiografía cubiertos por Medicare. $150 de copago por servicios de diagnóstico radiológico cubiertos por Medicare (CT, MRI etc.) 20% de coseguro para servicios de radiación terapéutica cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para suministros cubiertos por Medicare. $0 de copago por pruebas de laboratorio u otros procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare No hay copago, coseguro ni deducible para sangre, almacenamiento o administración de sangre.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos*	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, a usted se le considera un paciente externo y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un "paciente externo". Si no está seguro si se le considera un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Se requiere autorización previa y derivación.*	$75 de copago por estadía por servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos*	
Cubrimos servicios necesarios según criterio médico que recibe en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos son, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica de pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con el paciente internado sería requerido sin él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirlo como paciente internado al hospital, a usted se le considera un paciente externo y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un "paciente externo". Si no está seguro si se le considera un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Se requiere autorización previa y derivación*	$150 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, asistente médico, u otro profesional de salud mental calificado por Medicare y certificado por el estado, según lo permiten las leyes correspondientes del estado.	$0 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen terapia física, ocupacional y del habla. Los servicios de rehabilitación se brindan en varios ambientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes externos, consultorios independientes de terapeutas y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORFs). **Se requiere autorización previa por los servicios más allá de la evaluación inicial y de las cuatro (4) consultas/tratamientos.*	$25 de copago por servicios de terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Cubrimos lo mismo que la Parte B de Medicare para los servicios de tratamiento que se brindan, ya sea en una clínica o en el departamento de pacientes externos de un hospital, a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno de hospitalización. *Los servicios **no** requieren autorización previa o derivación*	$100 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios*	$100 de copago por servicios de centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.
Nota: Si va a someterse a cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si estará como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido de la cirugía para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un "paciente externo".	$150 de copago por servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare. $75 de copago por estadía por servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.
**Se requiere autorización previa y derivación.*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Artículos de venta libre	
Nuestro plan cubre ciertos medicamentos de venta libre (OTC). Los artículos de venta libre incluyen tanto medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos OTC) como artículos relacionados con la salud (como vendajes en casos donde Original Medicare no los cubre como suministros quirúrgicos). **Estos artículos solo se pueden comprar para el miembro.** Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) La información sobre artículos de venta libre elegibles y no elegibles, así como las instrucciones sobre cómo usar su tarjeta le serán enviadas con su tarjeta de identificación de miembro. Puede usar su tarjeta OTC (para compra de artículos de venta libre) en las tiendas de los siguientes minoristas: • CVS Pharmacy *(no en tiendas Target)* • Del Kar Pharmacy Inc. *(código postal 60623 solamente)* • Dollar General • Family Dollar • Freds • Medication Management Partners LLC *(código postal 60418 solamente)* • Walgreens • Walmart	El plan cubre un máximo de $75 para artículos de venta libre aprobados cada tres (3) meses. Los fondos sin usar no son acumulables.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Artículos de venta libre (continuación) Cómo usar su tarjeta OTC en la tienda: 1. **Activación:** Para activar su tarjeta, llame al 888-682-2400 y siga las instrucciones. Es posible que necesite su tarjeta de identificación de miembro de MoreCare para completar su activación. También puede visitarnos en el sitio web www.myotccard.com para activar su tarjeta, verificar su saldo, encontrar un minorista cerca de usted y buscar productos elegibles. Descargue nuestra aplicación móvil gratuita, OTC Network, para verificar su saldo y escanear artículos para verificar su elegibilidad. 2. **Visite a un minorista participante:** Puede usar su tarjeta en cualquier tienda minorista participante en todo el país. No necesita una receta ni acercarse a la ventana de la farmacia. Recuerde llevar su tarjeta a la tienda, ya que la necesitará para pagar sus artículos elegibles. 3. **Pago en el cajero:** Reúna sus artículos elegibles y vaya a las líneas de pago de la tienda. Cuando salga, deslice su tarjeta para el pago. Los artículos elegibles hasta el saldo disponible en la tarjeta se pueden pagar con su tarjeta OTC. Los fondos no utilizados al final del período de tres (3) meses no se acumulan. **Pedido en línea, por teléfono o por correo con catálogo** • Visite athome.medline.com/card para iniciar sesión con su número de tarjeta OTC de 19 dígitos. • Llame al 1-833-569-2330 (TTY: 711) para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros. Atienden de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. CST • Complete y envíe su formulario de pedido para recibir su pedido de 3 a 7 días. Puede solicitar que se le envíe un catálogo por correo llamando al número de teléfono anteriormente mencionado antes de realizar su primer pedido.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios de hospitalización parcial*	
La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Se requiere autorización previa y derivación*	$55 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que se brindan en un consultorio médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en un departamento hospitalario para pacientes externos o en cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento por el especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los ordena para ver si necesita tratamiento médico.	Visitas al consultorio • $0 de copago por servicios de atención primaria. • $25 de copago por servicios de médicos especialistas. • 20% de coseguro para otros servicios profesionales de atención médica*
• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo salud conductual y consultas de evaluación y control, incluso en la casa del Miembro. • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnósticos y tratamientos por un médico o profesional de la salud, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación.	Consultas de telesalud • $0 de copago por servicios de atención primaria. • $0 de copago por servicios de salud del comportamiento. • $25 de copago por servicios de médicos especialistas. • 20% de coseguro para otros servicios profesionales de atención médica*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos **si**: o No es un paciente nuevo **y** o La consulta no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La consulta no conduce a una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación a través de videos y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por su médico dentro de las 24 horas **si**: o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no conduce a una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos están limitados a operaciones de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas del maxilar o huesos faciales, extracción de dientes para preparar el maxilar para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico) **Se requiere autorización previa y derivación además de la evaluación inicial y las cuatro (4) consultas/tratamientos para otros servicios profesionales de atención médica.*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios de podiatría*	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$25 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
• Servicios de atención de rutina de los pies que normalmente no están cubiertos por Original Medicare. Incluye el recorte de las uñas de los pies y la extracción de callos. Se le cubren dos (2) consultas al año.	$0 de copago para dos (2) consultas de atención de rutina de los pies al año.
**Pruebas de detección de cáncer de próstata*	
Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba del antígeno específico de la próstata (PSA)	No hay coseguro, copago, ni deducible para pruebas anuales de análisis del antígeno prostático específico (PSA).

**Se requiere autorización previa por los servicios más allá de la evaluación inicial y de las cuatro (4) consultas/tratamientos.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*	
Aparatos (excepto dentales) que reemplazan una parte o todo un miembro del cuerpo o una función. Estos incluyen, pero sin limitarse a: bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis de la mama (incluye brassiere quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a aparatos prostéticos y reparaciones y/o reemplazo de aparatos prostéticos. También incluye cierta cobertura después de una operación de cataratas; para más detalles, consulte "Cuidado de la visión" más adelante en esta sección. **Se requiere autorización previa*	20% de coseguro para dispositivos y suministros relacionados que tenga cobertura Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar*	
Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. **Se requiere autorización previa y derivación*	$30 de copago por servicios cubiertos por Medicare.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si su prueba de abuso de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta 4 sesiones breves al año de asesoría personal (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) brindadas por un médico calificado de atención primaria en un ambiente de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.

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

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas fechas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual, individuales, de 20 a 30 minutos, personales y de alta intensidad, cada año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un ambiente de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación acerca de enfermedades renales para enseñar acerca de atención a los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluye tratamientos de diálisis cuando está fuera del área de servicio temporalmente, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresan al hospital como pacientes hospitalizados para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y alguien que lo ayude en casa con los tratamientos de diálisis) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos tipos de asistencia en casa (como cuando sea necesario, visitas por ciertos trabajadores capacitados en diálisis para verificar su diálisis en casa, para ayudar en emergencias, y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis se cubren bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare." **Se requiere autorización previa y derivación para servicios de diálisis que no sean de emergencia.*	20% de coseguro para servicios y tratamiento de diálisis. No hay copago, coseguro, ni deducible para los servicios educativos sobre la enfermedad renal.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Centro de cuidados especializados de enfermería (SNF)*	
(Para ver una definición de un "centro de cuidados especializados de enfermería", consulte el Capítulo 12 de este folleto. A los centros de cuidados especializados de enfermería algunas veces se les llama "SNFs").	$0 de copago por cada día del día 1 al 20 por servicios cubiertos por Medicare.
Los servicios cubiertos son, entre otros: • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es necesario según criterio médico) • Alimentos, incluidas las dietas especiales • Servicios especializados de enfermería • Terapia física, ocupacional y del habla • Los medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en forma natural en el organismo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y glóbulos rojos empacados únicamente se inicia con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar por las primeras tres (3) pintas de sangre que recibe en un año calendario o recibir la sangre donada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que ordinariamente son proporcionados por el SNF. • Pruebas de laboratorio que ordinariamente provee el SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que ordinariamente provee el SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que ordinariamente provee el SNF. • Servicios médicos	$188 de copago por cada día del día 21 al 100 por servicios cubiertos por Medicare. Usted está cubierto por hasta 100 días en cada período de beneficios para servicios de pacientes internados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Un “período de beneficios” comienza el primer día que ingresa a un hospital para pacientes internados o SNF cubierto por Medicare y finaliza cuando no ha recibido atención durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o SNF después que el período de beneficios haya terminado, inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.
Por lo general, usted recibirá la atención del SNF de instalaciones dentro de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias que se detallan más adelante, usted podría pagar costos compartidos dentro de la red por una instalación que no es proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una casa de reposo o centro de atención continua para retirados donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando proporcionen centros de cuidados especializados de enfermería) • Un SNF donde su cónyuge vive al momento en que usted sale del hospital **Se requiere autorización previa y derivación*	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos asesorías para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada período de terapia incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos asesorías para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada período de terapia incluye hasta cuatro consultas personales.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)* **Comida y productos agrícolas** Los miembros elegibles que cumplan con las condiciones crónicas enumeradas anteriormente (en la sección *Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas*) recibirán una tarjeta de supermercado de $25 cada tres (3) meses. Los fondos de la tarjeta de supermercado se añadirán a su tarjeta OTC. Los fondos sin usar no son acumulables. **Se requiere autorización previa*	$0 de copago por una tarjeta de supermercado de $25 cada tres (3) meses.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)*	
El tratamiento con ejercicios supervisados (SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación para SET del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en tratamiento con ejercicios para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. **Se requiere autorización previa y derivación*	$30 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Transporte	
Los servicios de transporte de rutina se proporcionan desde y hacia el consultorio de su médico, especialista o dentista, dentro del área de servicio del plan hasta por **20** viajes sencillos sin costo alguno. El consultorio de su médico, el coordinador de atención o usted mismo puede organizar el transporte llamando a Servicios para Miembros al (844) 480-8528. El transporte debe programarse al menos **72 horas** antes de la fecha de la cita programada para garantizar la disponibilidad.	$0 de copago por hasta 20 viajes sencillos a un sitio aprobado por el plan cada año.
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden brindarlos proveedores de la red o proveedores fuera de esta cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles. Los copagos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. ***Los servicios de atención de urgencia/emergencia están cubiertos en todo el mundo.***	$25 de copago por servicios de urgencia. **<u>Cobertura mundial</u>** $120 de copago por servicios de atención de urgencia/emergencia. El copago para los servicios de atención de emergencia/ urgencia en todo el mundo se renuncia si se le admite en el hospital. **$10,000** de cobertura máxima anual de beneficios del plan para atención de emergencia en todo el mundo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones de la vista, incluso el tratamiento para la degeneración macular relacionada a la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	$25 de copago por un examen de la vista con cobertura de Medicare.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas diabéticas, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	$0 de copago por un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.
Servicios oftalmológicos suplementarios no cubiertos por Original Medicare • Un (1) examen de rutina de la vista cada año	$0 de copago hasta por un (1) examen de rutina de la vista cada año.
• Un (1) par de anteojos (marco y cristales) o lentes de contacto dentro del año calendario de hasta $300.	$300 de cobertura del plan por un (1) par de anteojos (marco y cristales) o lentes de contacto cada año calendario.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando obtenga estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la única consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoría acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas y vacunas), así como derivaciones para otra atención en caso de que sea necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en que usted esté inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago, ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare."

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

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

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su casa.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.	✓	
Servicios de ama de casa, que incluye la ayuda en el hogar con tareas doméstica o preparación de comidas ligeras.	✓	
Servicios naturopáticos (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de cuidados especializados de enfermería, como teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión disminuida.	✓	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 114

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 114

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 114

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 115

Sección 2.1 Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red ... 115

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red ... 116

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 117

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo ... 118

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan ... 118

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 119

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 119

Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos ... 120

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 121

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 121

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 121

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? ... 122

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 123

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 123

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 123
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 124
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es muy alto? 126

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 127
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 127
Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 127

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 129
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 129

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento recetados 131
Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 131
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 131

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 132
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especializados de enfermería y el plan cubre su estadía? 132
Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 132
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 133
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 134

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 134
Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 134
Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura 135
Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 136

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

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

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

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

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe solicitarle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.

- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. Pregunte a sus prescriptores la próxima vez que los llame o los visite si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia que está dentro de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos* (*Formulario*) del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3.)

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

Sección 2.1 Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (mymorecare.com/find-rx) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva dentro del plan. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-rx.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

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

- Las farmacias que suministran los medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Las farmacias que surten medicamentos para residentes de una institución de cuidado a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Las farmacias que sirven al programa Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tiene acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que surten medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo extraordinario, coordinación entre proveedores o educación acerca de su uso. (Nota: Este escenario ocurre muy rara vez.)

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Para ciertos medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Usualmente, Los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son aquellos que toma en forma regular, para una condición médica crónica o de largo plazo). Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como "No correo" o "NM", que significa no pedidos por correo, en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un **suministro de hasta 100 días.**

Para obtener formularios de pedidos e información acerca de cómo obtener sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran en la contraportada de este folleto. También puede comunicarse directamente con la farmacia de pedido por correo de MedImpact al (855) 873-8739. Atienden de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. CST o sábados de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. CST.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 15 días como máximo. Una vez recibidos, la mayoría de los pedidos se enviarán en 48 horas, pero el tiempo de procesamiento estándar es de 7 a 10 días hábiles. Algunos pedidos que requieren una revisión adicional pueden llevar más tiempo. La entrega de un pedido que se envió en primera clase depende del servicio postal local, y puede demorar entre 5 y 10 días hábiles adicionales para el envío. El envío no incluye el tiempo de procesamiento de las recetas. Espere unos días adicionales para recibir su primer pedido. Si tiene preguntas o no recibe su pedido dentro de los plazos indicados anteriormente, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si se quedó sin medicamentos antes de recibir su paquete de pedido por correo, se le informará que obtenga un suministro provisional (a corto plazo).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que el medicamento se surta inmediatamente o después. Esto le dará una oportunidad para asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y se lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Tiene la

opción de seleccionar su método de contacto preferencial en el formulario de resurtido, o puede contactarse con Servicios para Miembros. El número de teléfono está impreso en la contracubierta de este folleto.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan ofrece dos (2) formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma en forma regular, para una condición médica crónica o de largo plazo). Usted puede solicitar este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para más información (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).
2. Para ciertos medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como "No correo" o "NM", que significa no pedidos por correo, en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 100 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información acerca del uso del servicio de pedidos por correo.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento recetados puede estar cubierto

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

- Los medicamentos recetados son para emergencias médicas o atención de urgencia.
- Usted está limitado a un suministro de medicamentos de 30 días (31 días para una atención a largo plazo) cuando se surta en una farmacia fuera de la red.

En estos casos, **primero consulte con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la

contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) cuando le surten la receta. Nos puede solicitar que le reembolsemos por su parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 le explica cómo solicitarle al plan que haga el reembolso).

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

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

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

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

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

Generalmente cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobada por la Administración de Alimentos y Fármacos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Fármacos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para el cual se está recetando.)
- -- *o* -- apoyados por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

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

Artículos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Los artículos de venta libre incluyen tanto medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos OTC) como artículos relacionados con la salud (como vendajes en casos donde Original Medicare no los cubre como suministros quirúrgicos). **Estos artículos solo se pueden comprar para el miembro.** Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué *no* figura en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información al respecto, vea la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2 – Medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5 – Medicamentos especializados (nivel de costo más alto)
- Nivel 6 – Medicamentos de cuidado selectos (nivel de costo más bajo)

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos del plan.

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

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

Hay tres (3) formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (mymorecare.com/find-rx). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, reglas especiales restringen cómo y cuándo las cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos de la forma más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura al alcance del bolsillo.

En general, nuestras reglas fomentan que obtenga un medicamento que funciona para su condición médica y sea seguro. Cuando un medicamento seguro, a más bajo costo funcionará igual que un medicamento de costo más alto, las reglas del plan han sido diseñadas para fomentar que usted y su proveedor usen la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que para su caso retiremos la restricción, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en levantar

la restricción para su caso. (Para obtener información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que algunas veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos, dependiendo de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su médico (p. ej., 10 mg frente a 100 mg, una dosis por día o dos dosis por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos en las formas más efectivas. Las secciones a continuación le informan más acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, los medicamentos "genéricos" funcionan igual que los medicamentos de marca, pero usualmente cuestan menos. **Cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener aprobación del plan antes que acordemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina "**autorización previa**." A veces el requerimiento para obtener aprobación por adelantado nos ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, puede que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos más económicos, pero generalmente tan efectivos antes que el plan cubra otros medicamentos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado."**

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tratar de tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su medicamento a no más de una pastilla por día.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas arriba. Para averiguar si cualquiera de estas restricciones es para el medicamento que toma o desea tomar, revise la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (mymorecare.com/find-rx).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que para su caso retiremos la restricción, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en levantar la restricción para su caso. (Para obtener información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los

medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le puede solicitar que primero use un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que cubran el medicamento que desea usar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de seis (6) niveles diferentes de costo compartido. La cantidad que paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría que lo estuviese Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, vaya a la Sección 5.2 para averiguar lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más costoso de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, he aquí algunas cosas que usted puede hacer:

- Quizás pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor el tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud para que un medicamento se cubra.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitarle al plan que cubra el medicamento o elimine restricciones.

Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacerlo le brinda la oportunidad de hablar con su proveedor acerca del cambio en cobertura y ver qué van a hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos de abajo:

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

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

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento recetados debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.)
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- Los miembros actuales a los que se les recetó un medicamento que no figura en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención, serán acomodados en un suministro único de 30 días.

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

Durante el tiempo en el que está recibiendo un suministro temporal del medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir lo que harán cuando acabe con el suministro temporal. Puede ya sea cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan, o solicitar al plan que haga una excepción para su caso y cubrir su medicamento actual. Las secciones a continuación le informan más acerca de estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Empiece hablando con su proveedor. Quizás hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una

lista de medicamentos cubiertos para el tratamiento de la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar medicamentos cubiertos que pueden funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar una excepción y solicitarle al plan que cubra el medicamento de la forma en que a usted le gustaría que lo cubriese. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifiquen que nos soliciten una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a esta regla. Por ejemplo, le puede solicitar al plan que cubra un medicamento a pesar de que no está en la Lista de Medicamentos del plan. O le puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

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

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es muy alto, aquí tiene algunas cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es muy alto, comience hablando con su proveedor. Quizás hay un medicamento diferente cubierto en un nivel de costo compartido más bajo que puede funcionar igual para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos para el tratamiento de la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar medicamentos cubiertos que pueden funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifiquen que nos soliciten una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a esta regla.

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

Los medicamentos en nuestros medicamentos especializados del nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido de los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios de cobertura de los medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, que incluyen nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno le ha dado aprobación a un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, el medicamento es retirado y decidimos no cubrirlo. O podemos retirar un medicamento de la lista debido a que se le considera ineficaz.
- **Mueva un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

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

medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos realizar cambios en función de las advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para **30** días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

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

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

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que están listados en esta sección (excepto para ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). La única excepción es la siguiente: Si se determina en apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido según la Parte D y que debemos pagarlo o cubrirlo por su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Aquí hay tres reglas generales acerca de los medicamentos que los planes para medicamentos de Medicare no cubrirán de acuerdo a la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que será cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan usualmente no puede cubrir medicamentos cuyo uso no se incluye en la etiqueta. "Uso no incluido en la etiqueta" es cualquier uso del medicamento que no esté indicado en la etiqueta tal como está aprobada por la Administración de Alimentos y Fármacos.
    - Por lo general, la cobertura para “uso no incluido en la etiqueta” se permite cuando el uso es apoyado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no es apoyado por ninguno de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso no incluido en la etiqueta.”

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por lo que se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se proporciona más información).

- Medicamentos que no son recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de la tos o síntomas del resfrío
- Los medicamentos que se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de fluoruro
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o subida de peso

- Medicamentos para pacientes externos que el fabricante requiere que se compren exclusivamente de ellos, pruebas asociadas o servicios de control como condición de la venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada).

- Tableta oral de Sildenafil - 25 mg, 50 mg; 100 mg (Viagra®) - 6 tabletas por 30 días cubiertos por el Nivel 1
- DisposeRx - un medicamento casero para la eliminación de medicamentos orales no utilizados o caducados. Los miembros deben obtener una receta para un **paquete de un solo uso**.

La cantidad que paga al surtir una receta para estos medicamentos no se toma en cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto).

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

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

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

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

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

Si no tiene su tarjeta con usted al momento de surtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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

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

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

Si ingresa a un hospital o un centro de cuidados especializados de enfermería para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que sale del hospital o centro de cuidados especializados de enfermería, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte los apartados previos de esta sección que le informan acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tome nota: cuando usted ingresa a un centro de cuidados especializados de enfermería, reside en este o sale de él tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Usualmente, una institución de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de una institución de atención a largo plazo, usted puede obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 30 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [Long-Term Care, LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un

medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo en el que está recibiendo un suministro temporal del medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir lo que harán cuando acabe con el suministro temporal. Quizás hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual para usted. Usted y su proveedor pueden solicitar una excepción y solicitarle al plan que cubra el medicamento de la forma en que a usted le gustaría que lo cubriese. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

¿Tiene usted en la actualidad otra cobertura para medicamentos recetados mediante su grupo del empleador o de jubilados (o de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo su cobertura actual para medicamentos recetados funcionará con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos recetados que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Lo que significa que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año el grupo de su empleador o grupo de retirados le enviará una notificación que le informa si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para cobertura de medicamentos.

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

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

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

Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por un centro para enfermos desahuciados y por nuestro plan. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de algún medicamento no relacionado que el plan debe cubrir, puede solicitar a su prescriptor o proveedor del centro para enfermos desahuciados que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de solicitar a una farmacia que surta su receta.

En el caso de que revoque su elección del centro para enfermos desahuciados o sea dado de alta de este, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio del centro para enfermos desahuciados de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Realizamos revisiones al uso de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que están recibiendo cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden ser innecesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si las toma a la vez

- Recetas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de cierta(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de cierto(s) médico(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se le deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información explicando las limitaciones que consideramos que se le deben aplicar. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando dicha limitación. Si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información acerca de cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no sea aplicable a usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o cuidados para el final de su vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

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

Este programa es voluntario y gratis para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en el DMP para ayudar a que los miembros usen sus opioides de manera segura pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una evaluación exhaustiva de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de este análisis. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, 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. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "Bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita, o en cualquier momento, para hablar con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tiene un programa que encaja con sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 140

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican la cobertura para medicamentos 140

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 141

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 141

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *MoreCare For You*? 141

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 143

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”) 143

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 143

SECCIÓN 4 No hay deducible para *MoreCare For You* 144

Sección 4.1 No paga deducible por sus medicamentos de la Parte D 144

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 145

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene ... 145
Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento ... 146
Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo ... 147
Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (hasta 100 días) ... 148
Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen $4,430 ... 149

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción de cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos ... 150
Sección 6.1 Permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050 ... 150
Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados ... 151

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos ... 153
Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año ... 153

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene ... 154
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna ... 154
Sección 8.2 Usted puede llamar a Servicios para Miembros antes de administrarse una vacuna ... 155

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

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

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican la cobertura para medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, en este capítulo usamos la palabra "medicamento" para los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber lo básico de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y que reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. A continuación le ofrecemos materiales que explican los puntos básicos:

- **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.** Para mantener las cosas simples, la llamamos "Lista de Medicamentos".
  - Esta Lista de Medicamentos le informa cuáles medicamentos están cubiertos para usted.

- También indica en cuál de los seis (6) “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura para dicho medicamento.
- Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en mymorecare.com/find-rx. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da los detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados, lo que incluye reglas que necesita seguir cuando recibe los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le dice que tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de Farmacias* del plan.** En la mayoría de situaciones, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le informa cuáles farmacias en nuestra red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses.

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

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos de bolsillo que puede podría pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **"Copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento recetado.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *MoreCare For You*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos recetados en *MoreCare For You*. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido.

Etapa 1 *Etapa de Deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de Cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período de interrupción de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Debido a que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no es aplicable para usted.	Comienza en esta etapa cuando surta su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la porción que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Durante esta etapa, sus costos de bolsillo por Insulinas selectas serán de $35 o menos por un suministro de 30 días. Permanece en esta etapa hasta que los "**costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de $4,430. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y 25% del precio de los medicamentos genéricos. Durante esta etapa, sus costos de bolsillo por Insulinas selectas serán de $35 o menos por un suministro de 30 días. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $7,050. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan hace el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando surte sus medicamentos en la farmacia. De esta forma, le podemos decir cuándo se ha movido de una etapa de pago a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos a los que le hacemos el seguimiento:

- Registramos cuánto ha pagado. A este se le denomina costo "**que paga de su bolsillo**".
- Llevamos un registro de los "**costos totales de sus medicamentos**". Este es el monto que paga de bolsillo o que otros pagan por usted más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se le denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido una o más recetas a lo largo del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, así como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que le receta acerca de estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes**. Este informe le da los detalles de pago acerca de los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes previo. Le muestra los costos totales, lo que pagó el plan, y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Se le llama información "del año a la fecha". Le muestra el total de los costos por medicamentos y el total de pagos por medicamentos desde el inicio del año.
- **Información de precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, y cualquier cambio porcentual a partir del primer surtido para cada recojo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada recojo de receta que pueda estar disponible.

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

Para mantener los registros de sus costos por medicamentos y los pagos que hace por los mismos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Esta es la forma en que puede ayudarnos a mantener información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarse que sepamos acerca de los medicamentos que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surte una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de bolsillo, nos puede dar copias de los recibos por medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para ver instrucciones acerca de cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto.) Estas son algunas situaciones cuando deseará darnos copias de los recibos de su medicamento para asegurarse que tenemos registros completos de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando ha comprado un medicamento cubierto en la farmacia de la red a un precio especial o cuando una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que ha comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que ha pagado el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información acerca de los pagos que otros han hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también se contabilizan a sus gastos de bolsillo y ayudan a calificarlo para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense, y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Debe mantener un registro de pagos y enviárnoslo para que podamos registrar sus gastos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que hay algo que falta en el informe, o tiene preguntas, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para *MoreCare For You*

Sección 4.1 No paga deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para *MoreCare For You.* Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo surtió.

El plan tiene seis (6) niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2 – Medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5 – Medicamentos especializados (nivel de costo más alto)
- Nivel 6 – Medicamentos de cuidado selectos (nivel de costo más bajo)

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos del plan.

Las opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de donde lo obtenga:

- Una farmacia minorista que está en la red del plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un pago compartido.

- El **"Copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tome nota:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Por favor consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver más información acerca de cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta **30** días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta **30** días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta **31** días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (suministro para hasta **30** días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genéricos preferidos)	*$5 de copago*	*$5 de copago*	*$5 de copago*	*$5 de copago*
Costo compartido de Nivel 2 (Genéricos no preferidos)	*$20 de copago*	*$20 de copago*	*$20 de copago*	*$20 de copago*

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta **30** días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta **30** días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta **31** días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (suministro para hasta **30** días)
Costo compartido de Nivel 3 (De marca preferida)	*$47 de copago*	*$47 de copago*	*$47 de copago*	*$47 de copago*
Insulinas selectas	*$35 de copago*	*$35 de copago*	*$35 de copago*	*$35 de copago*
Costo compartido de Nivel 4 (De marca no preferidos)	*50% de coseguro*	*50% de coseguro*	*50% de coseguro*	*50% de coseguro*
Costo compartido de Nivel 5 (*Medicamentos especializados*)	*33% de coseguro*	*33% de coseguro*	*33% de coseguro*	*33% de coseguro*
Costo compartido de Nivel 6 (*Medicamentos de cuidado selectos*)	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*	*$0 de copago*

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, 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 o menos días. Sin embargo, como todo el costo del medicamento será menor si recibe un suministro por menos de un mes completo, la cantidad que paga será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Vamos a calcular la cantidad que usted paga por día de su medicamento (la "tarifa diaria de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.
    - Este es un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día de su medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento por 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse que un medicamento le funcione antes de que tenga que pagar por un suministro de un mes completo. También puede solicitarle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos recetados para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro (también llamado un "suministro extendido") cuando surte la receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días. (Para detalles de dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 100 días).

- Tome nota: si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *largo plazo* de un medicamento recetado de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta **100** días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta **100** días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genéricos preferidos)	*$15 de copago*	*$15 de copago*
Costo compartido de Nivel 2 (Genéricos no preferidos)	*$60 de copago*	*$60 de copago*
Costo compartido de Nivel 3 (De marca preferida)	*$141 de copago*	*$141 de copago*
Costo compartido de Nivel 4 (De marca no preferidos)	*50% de coseguro* ***(Suministro de 90 días solamente)***	*50% de coseguro* ***(Suministro de 90 días solamente)***
Costo compartido de Nivel 5 **(**Medicamentos especializados**)**	*No se dispone de un suministro a largo plazo de medicamentos en el nivel 5*	*No se dispone de un suministro a largo plazo de medicamentos en el nivel 5*
Costo compartido de Nivel 6 **(**Medicamentos de cuidado selectos**)**	*$0 de copago*	*$0 de copago*

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos recetados que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial**.

Sus costos totales de medicamentos se basan en la suma de lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. Vea la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo. Esto incluye:
  - El total que usted pagó como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2022, el monto que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de bolsillo. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,430 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,430. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa inicial de cobertura y pasará a la Etapa de interrupción de cobertura.

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

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050

Cuando usted está en la Etapa de interrupción de cobertura, el Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga, como el monto descontado por el fabricante, se contabilizan para sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y lo pasa a través del período de interrupción de cobertura.

MoreCare For You ofrece cobertura adicional para el período de interrupción de cobertura para Insulinas selectas. Durante la etapa de interrupción de cobertura, sus costos de bolsillo por Insulinas selectas serán de $35 o menos. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en mymorecare.com/find-rx. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede

llamar a Servicios para Miembros (el número de teléfono de Servicios para Miembros está en la contraportada de este folleto).

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período de interrupción de cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2022, ese monto es de $7,050.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo Cuando llega al límite de lo que paga de su bolsillo de $7,050, usted sale de la Etapa de interrupción de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados

Estas son reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos el seguimiento de los costos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **<u>puede incluir</u>** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de interrupción de cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, que estén calificados por Medicare o por el Servicio de salud

para la población india estadounidense. Los pagos realizados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare también están incluidos.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 dentro del año calendario, pasará de la Etapa de interrupción de cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requerimientos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, lo que incluye medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que hace por medicamentos recetados que no son normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados por Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en el período de interrupción de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud en grupo, lo que incluye planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos hechos por terceros con una obligación legal de pagar por costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Workers' Compensation).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las nombradas arriba, paga parte o todos los costos de bolsillo por medicamentos, se requiere que usted se lo comunique al plan. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto.

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa de interrupción de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le dice lo que puede hacer para asegurarse que nuestros registros de lo que usted ha gastado están completos y al día.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

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

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted permanecerá en esta etapa de pago por el resto de este año.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - 5% de coseguro del costo del medicamento.
  - *O bien,* **$3.95** para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y **$9.85** para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **colocación de la vacuna**. (Esto a veces se le llama "administración" de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.
   - Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle al plan que le reembolse por nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las

vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de interrupción de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que en las farmacias se administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, usted pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá solicitarle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

Algunas vacunas se pueden cubrir a través de los beneficios de la Parte B de su plan.

Sección 8.2 Usted puede llamar a Servicios para Miembros antes de administrarse una vacuna

Las reglas de cobertura para las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarle. Recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando esté planeando recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando proveedores y farmacias en su red.
- Si no puede utilizar un proveedor y farmacia de la red, le podemos decir lo que necesita hacer para obtener pagos de nosotros por nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 159

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 159

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 161

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 161

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 162

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 162

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 163

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 164

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 164

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces cuando recibe atención médica, o un medicamento recetado, quizás necesite pagar el costo total de inmediato. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando usted ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en que reciba la cuenta del proveedor por el costo completo de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos esta cuenta en lugar de pagarla. Analizaremos la cuenta y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia de un proveedor, sea el proveedor parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe solicitarle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

   - Si paga el monto en su totalidad al momento en que recibe la atención, necesita solicitarnos que le reembolsemos por nuestra parte del costo. Envíenos la cuenta, junto con la documentación de cualquier pago que ha hecho.
   - En ocasiones puede recibir una cuenta del proveedor pidiéndole que pague por algo que usted cree no debe. Envíenos la cuenta, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 y solicitarle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le solicitan que pague más que su parte.

- Usted solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores del plan que agreguen cargos adicionales por separado, llamado "débito a los miembros". Esta protección (que usted nunca paga más de la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos que lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldo", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una cuenta de un proveedor de la red que cree que es más de lo que debe pagar, envíenos la cuenta. Nos pondremos en contacto directo con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber ocurrido el año pasado.

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

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

Si va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, la farmacia quizás no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en unas cuantas situaciones especiales. Por favor consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver más información.)

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos por nuestra parte del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, quizás tenga que pagar el costo completo de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos por nuestra parte del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Puede pagar el costo completo de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, quizás necesite pagar el costo completo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico para poder reembolsarle por nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su cuenta y documentación de cualquier pago que haya hecho. Es buena idea hacer una copia de la cuenta y de los recibos para sus archivos.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (mymorecare.com) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier cuenta o recibos de pago a la siguiente dirección:

Para pagos por atención médica (Parte C):
MoreCare, Inc.
Attn: Claims
P.O. Box 21325
Eagan, MN 55121

Para pagos por medicamentos recetados (Parte D):
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para obtener más detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *A dónde enviar una solicitud en la que solicita que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido.*

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debió haber pagado, o ha recibido cuentas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También nos puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibimos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos información adicional de usted. De otra forma, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o medicamento está cubierto y usted sigue todas las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte de lo que le costó. Si usted todavía no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 le explica las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 le explica las reglas que necesita seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos.)
- Si decidimos que la atención médica o medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos por nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que le explica los motivos por los que no le enviaremos el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error en negarle la solicitud de pago, o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si apela, significa que está pidiéndonos que cambiemos la decisión que tomamos cuando negamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos acerca de pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, usted no está pidiéndonos un pago. En cambio, nos está informando acerca de sus pagos para que calculemos correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Aquí hay dos (2) situaciones en las que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa de interrupción de cobertura, puede comprar el medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contarlo en sus gastos de bolsillo para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tome nota: Si usted está en la Etapa de interrupción de cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, usted puede hacer un copago para el programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contarlo en sus gastos de bolsillo para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- Tome nota: Ya que está obteniendo su medicamento mediante el programa de asistencia a pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos por ninguna parte de los costos de este medicamento. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos (2) casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 168

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.) 168

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 169

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 169

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 170

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención 172

Sección 1.6 Tiene el derecho de presentar quejas y de solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos 174

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos? 174

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos 175

SECCIÓN 2 Como miembro del plan usted tiene ciertas responsabilidades .. 175

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 175

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

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

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le resulte conveniente a usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le resulte conveniente a usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para Miembros al (844) 480-8528. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al (844) 480-8528 para obtener información adicional.

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También tenemos disponibles materiales escritos en idiomas diferentes al inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios al (844) 480-8528. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede

comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número (844) 480-8528, usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame a Servicios para Miembros para averiguar qué médicos están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También tiene el derecho de ir a un especialista para mujeres (como un ginecólogo) sin tener un formulario de derivación o remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de los especialistas cuando necesite esa atención. También tiene el derecho de surtir sus recetas o volverlas a surtir de cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras largas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.)

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información médica personal. Protegemos su información médica de acuerdo con estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan los derechos relacionados a obtener información y a controlar cómo se usa su información médica. Le damos una notificación escrita, llamada "Notificación de práctica de privacidad" que le informa acerca de estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de solicitarle su*

autorización por escrito antes de hacerlo. El permiso escrito lo puede dar usted o alguien al que usted le ha dado poder legal para tomar decisiones.

- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos requiere que divulguemos información de salud a oficinas del gobierno que están verificando la calidad de la atención.
    - Como usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere que entreguemos a Medicare su información de salud, lo que incluye información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo a los estatutos y regulaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Tiene derecho a leer sus expedientes médicos mantenidos por el plan y a obtener una copia de estos. Se nos permite cobrarle una cuota por sacar las copias. También tiene el derecho de solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Tiene derecho a saber cómo se ha divulgado su información médica y cómo se ha utilizado para propósitos que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal o sus expedientes médicos, llame Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de *MoreCare For You*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó en la Sección 1.1 de arriba, tiene el derecho de obtener información de nosotros de la forma en que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas que no sean inglés, en letra grande y otros formatos alternativos.)

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición económica del plan. También incluye información acerca del número de apelaciones hechas por miembros y las calificaciones en estrellas del plan, que incluyen cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara a otros planes de salud de Medicare.

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, tiene el derecho de obtener información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red, y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en mymorecare.com/find-providers o mymorecare.com/find-rx.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los capítulos 3 y 4 de este folleto, le explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción en su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le dicen qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones para la cobertura de ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura es restringida en alguna forma, nos puede solicitar una explicación por escrito. Tiene el derecho a esta explicación aún si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos acerca de qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierta para usted, tiene el derecho de solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión al presentar una apelación. Para obtener detalles en lo que debe hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que cree que debe estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Este capítulo le presenta detalles acerca de cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le dice cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera y otros).

- Si desea solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte de una cuenta que usted ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención

Tiene el derecho de conocer sus opciones de tratamiento y participar en decisiones acerca de su atención médica

Tiene el derecho de obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una forma en que pueda comprender.*

También tiene el derecho de participar por completo en decisiones acerca de su atención de salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene el derecho que le digan acerca de todas las opciones de tratamiento que son recomendadas para su condición, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le digamos acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a que manejen sus medicamentos y fármacos en forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene el derecho de que le digan acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Deben decirle por adelantado si cualquier atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de salir del hospital u otra instalación médica, aún si el médico le aconseja que no salga. También tiene el derecho de dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar medicamento, acepta responsabilidad total por lo que le ocurra a su organismo como resultado.
- **Recibir una explicación si le negaron cobertura de atención.** Tiene el derecho de recibir una explicación de nosotros si el proveedor le ha negado atención que usted cree debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le dice cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Tiene el derecho de dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si ya no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas no son capaces de tomar decisiones acerca de la atención de salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedad seria. Tiene el derecho de decir lo que desea que pase si está en esa situación. Lo que significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a su médico** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar las decisiones por si mismo.

Los documentos legales que puede usar para sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**instrucciones por adelantado**". Hay diferentes tipos de instrucciones por adelantado y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de las instrucciones por adelantado.

Si desea utilizar "instrucciones por adelantado", esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener instrucciones por adelantado, puede obtener el formulario de su abogado, de un trabajador social, o algunas tiendas que venden útiles de oficina. A veces puede obtener los formularios de organizaciones que le dan información a las personas acerca de Medicare.
- **Llénela y fírmela.** Independientemente del lugar donde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Considere solicitar a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que tome las decisiones si usted no puede hacerlo. Es conveniente que también proporcione copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será internado en un hospital, y ha firmado instrucciones por adelantado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por adelantado y si lo trajo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por adelantado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmarlo.

Recuerde, es su elección si desea completar unas instrucciones por adelantado (incluyendo si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie le puede negar atención ni discriminar contra usted por haber firmado instrucciones por adelantado o no.

¿Qué pasa si no se siguen las instrucciones?

Si firmó instrucciones por adelantado, y cree que el médico o el hospital no siguió sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante Departamento de Salud Pública de Illinois.

Sección 1.6 Tiene el derecho de presentar quejas y de solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema o inquietudes acerca de sus servicios o atención cubierta, el Capítulo 9 de este folleto le dice lo que debe hacer. Le brinda los detalles acerca de cómo enfrentar todos los tipos de problemas y quejas. Lo que necesite hacer para resolver un problema o inquietud depende de la situación. Quizás necesita solicitarle a nuestro plan que haga una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea que solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o una queja, **nosotros debemos tratarlo con imparcialidad**.

Tiene el derecho de obtener un resumen de información acerca de las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado ante nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo más?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, *y no* se trata de discriminación, usted puede recibir ayuda para resolver el problema:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.** Para detalles acerca de esta organización y cómo ponerse en contacto con ellos, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener información acerca de sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).
- Puede **llamar al SHIP** Para detalles acerca de esta organización y cómo ponerse en contacto con ellos, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections." (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan usted tiene ciertas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se detallan más adelante. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este folleto de la *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles acerca de sus servicios médicos, lo que incluyen, lo que está cubierto, lo que no está, reglas a seguir y lo que paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 le dan detalles acerca de su cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura para medicamentos recetados además de nuestro plan, se requiere que nos lo comunique.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto)..
  - Se requiere que sigamos las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene servicios cubiertos de nuestro Plan. A esto se le llama "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de beneficios de salud y medicamentos que

obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos disponibles para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarle a usted dándoles información, formulando preguntas y haciendo el seguimiento de su cuidado.**
  - Para ayudar a que los médicos y otros proveedores de salud le brinden la mejor atención, aprenda cuanto más pueda acerca de sus problemas de salud y deles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese que sus médicos sepan acerca de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene preguntas, recuerde hacerlas. Sus médicos y otros profesionales de la salud deben explicar las cosas de una forma en que puede comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una forma que ayuda a facilitar el funcionamiento del consultorio, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable por estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el Plan, usted debe pagar su parte del costo cuando los recibe. Esto será el copago (cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otros seguros que pueda tener, 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 folleto para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se ha mudado.** Si se va a mudar, es importante que nos lo diga de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).

  - **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan. (**El Capítulo 1 le informa acerca de nuestra área de servicio.) Podemos ayudarlo a ver si se está mudando fuera de nuestra área de servicio o no. Si deja nuestra área de servicio, tendrá un Período de Inscripción Especial cuando pueda inscribirse en algún Plan de Medicare que esté disponible para su nueva área. Podemos informarle si tenemos un Plan para su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo.
  - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o la Junta de Jubilación del Ferrocarril). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios para Miembros para ayudarlo si tiene preguntas o inquietudes.** También apreciamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y horas de atención de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto.
  - Para mayor información acerca de cómo contactarnos, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 182
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud ... 182
Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales? ... 182

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectadas con nosotros ... 183
Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada ... 183

SECCIÓN 3 ¿Para tratar el problema, qué proceso debe utilizar? ... 183
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? ... 183

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES ... 184

SECCIÓN 4 Una guía a los puntos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones ... 184
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: todo el panorama ... 184
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación ... 185
Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo le da los detalles para su situación? ... 186

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación ... 187
Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas obteniendo cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su atención ... 187
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la atención de cobertura médica que desea) ... 189
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de decisión de cobertura de atención médica realizada por nuestro plan) ... 193
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 ... 196
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por atención médica? ... 199

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación ... 200

Sección 6.1 Esta sección le informa lo que debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 200
Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 202
Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de las excepciones 204
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 205
Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de decisión de cobertura realizada por nuestro plan) 209
Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 212

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto 214
Sección 7.1 Durante su hospitalización, obtendrá un aviso escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos 214
Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 216
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 219
Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer la Apelación de nivel 1? 220

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto 223
Sección 8.1 *Esta sección es solo sobre tres servicios:* Atención de salud en casa, centro de cuidados especializados de enfermería y servicios integrales en un centro de rehabilitación para pacientes externos (CORF) 223
Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo acabará su cobertura 224
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo realizar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más largo 224
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo realizar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más largo 227
Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer la Apelación de nivel 1? 228

SECCIÓN 9 Presentar su apelación de Nivel 3 y más adelante 231

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4, y 5 para solicitudes de servicios médicos 231
Sección 9.2 Niveles de apelaciones 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 233

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 234

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicios al cliente y otras inquietudes. 234
Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de quejas? 234
Sección 10.2 El nombre formal para "quejarse" es "presentar una queja" 236
Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja 237
Sección 10.4 También se puede quejar acerca de la calidad de la atención a la Organización de mejoramiento de la calidad 238
Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 239

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo le explica dos tipos de procesos para manejar los problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso para decisiones y apelaciones de cobertura.**
- Para otros tipos de problemas, necesita **usar el proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar la imparcialidad y manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un juego de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Hay términos técnico-legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para mantenerlo simple, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo por lo general usa "quejarse" en lugar de "presentar una queja", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de la cobertura" o "determinación del riesgo" y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de revisión independiente". También evita el uso de abreviaturas tanto como sea posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más clara y exactamente cuando esté enfrentándose a su problema y lo ayudará a obtener la ayuda correcta o información para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le damos los detalles para situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces puede ser confuso empezar o seguir con el proceso para enfrentarse a un problema. Esto puede ser especialmente verdadero si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, usted no puede tener el conocimiento que necesita para tomar el próximo paso.

Reciba ayuda de una organización independiente del gobierno

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones quizás también desea la asistencia o guía de alguien que no está conectado con nosotros. Siempre puede llamar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP).** Este programa del gobierno tiene consejeros capacitados en cada estado. Este programa no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguro ni plan de salud. Los consejeros de este programa lo pueden ayudar a comprender que proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratis. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para mayor información y ayuda con un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda directa de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Para tratar el problema, qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que sigue será útil.

Para averiguar qué parte de este capítulo ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Incluye problemas respecto a si una atención médica o medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que son cubiertos, y problemas relacionados al pago por atención médica o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía a los puntos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicios al cliente y otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía a los puntos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: todo el panorama

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata con problemas relacionados a sus beneficios y cobertura por servicios médicos y medicamentos recetados, incluyendo problemas relacionados al pago. Este es el proceso que usa para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que hacemos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión (favorable) de cobertura para usted cuando recibe atención médica, o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. También puede comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico específico, o si se rehúsa a proporcionar atención médica que cree que usted necesita. En

otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo cual quiere decir que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo una solicitud será rechazada incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que su solicitud sea retirada. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo realizar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos hecho.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a esto se le llama Nivel 1 de apelación. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hicimos para verificar que hemos seguido todas las reglas adecuadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hemos completado la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas una solicitud de apelación será rechazada, lo cual quiere decir que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo una solicitud será rechazada incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que su solicitud sea retirada. Si rechazamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede llevar su caso a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización de revisión independiente que no está conectada a nosotros. (En algunos casos, su caso se enviará automáticamente a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, necesitará solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, quizás puede continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación le damos recursos que puede desear utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).
- **Puede obtener ayuda gratis de** su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**
  - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, automáticamente se le pasará al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe estar asignado como su representante.
  - Para medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor debe estar asignado como su representante.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para actuar por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Quizás ya haya alguien que está autorizado legalmente para que actúe como su representante de acuerdo a la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, pariente, médico u otro proveedor, u otra persona sean sus representantes, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) y pídales el formulario titulado "Designación de Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en mymorecare.com). El formulario le otorga el permiso necesario a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho de contratar a un abogado para actuar por usted.** Usted puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de información. También hay grupos que le darán servicios legales gratis si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo le da los detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles para cada una en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitar que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto" (*Se aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados especializados de enfermería y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro qué sección debe utilizar,llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud (SHIP) (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía a los puntos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones)*? Si no lo ha hecho, quizás desee leerla antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas obteniendo cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su atención

Esta sección es acerca de sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga).* Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez "cobertura de atención médica o tratamiento o servicio". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetados de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que está cubierta por nuestro Plan.

2. Nuestro plan no aprobó la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea darle, y usted cree que dicha atención está cubierta por el plan.

3. Usted ha recibido atención médica que cree deben estar cubiertos por el Plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención.

4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que deben estar cubiertos por el plan, y desea solicitarle a nuestro plan el reembolso por su atención.

5. Le están diciendo que la cobertura por cierta atención médica que está obteniendo, y que habíamos aprobado previamente, será reducida o detenida, y usted cree que esas acciones perjudicarán su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que será detenida es por hospitalización, atención de salud en casa, centro de cuidados especializados de enfermería, o servicios en el centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, usted necesita leer una sección separada de este capítulo porque hay reglas especiales que se aplican a esos casos. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección se trata de tres servicios: atención de salud en casa, centro de cuidados especializados de enfermería y centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).

   Para *todas las otras* situaciones que involucran que le digan que la atención medica que está recibiendo será detenida, use esta sección (Sección 5) como su guía para lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que usted desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2.**
Si ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un servicio médico en la forma en que usted desea.	Usted puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está solicitando que reconsideremos). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos por atención médica que ya ha recibido o pagado.	Puede enviarnos la cuenta. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la atención de cobertura médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se llama "**determinación de la organización**".

Paso 1: Le solicita al plan que realice una decisión de cobertura de la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una **"decisión rápida de cobertura"**.

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se llama "**determinación de cobertura acelerada**".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Empiece con una llamada, o escriba o envíe un fax al plan para presentarnos su solicitud de autorización o cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y vaya a la sección llamada *Cómo ponerse en contacto*

con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura acerca de su atención médica.

Por lo general, usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días** después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico.** Si solicita **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo,** para solicitar un **artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información (como expedientes clínicos de proveedores fuera de la red) que puede beneficiarlo. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
- Si cree que *no* debemos tomarnos días extras, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomarnos días extras. Cuando presenta una queja rápida, le daremos la respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para más información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de 24 horas.**
  - **Sin embargo**, para solicitar **un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si encontramos que hace falta cierta información que puede beneficiarlo (como expedientes clínicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para que la revisemos. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
  - Si cree que no debemos tomarnos días extras, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomarnos días extras. (Para más información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto hayamos tomado una decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si está solicitando cobertura de atención médica *que todavía no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es acerca de pagos por atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podrían *causarle daño grave a su salud o perjudicar su habilidad de funcionar.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", nosotros acordaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura .
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, decidiremos enviarle una carta que se lo comunica (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
  - Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, se la daremos de forma automática.
  - Esta carta también le informa cómo puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la rápida que solicitó. (Para más información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud para cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Los plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas.** Si solicita Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de 24 horas.**
  - Como se explicó arriba, podemos tomar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días extras, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomarnos días extras. Cuando presenta una queja rápida, le daremos la respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más

información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final del mismo), o 24 horas si solicita medicamentos recetados de la Parte B, tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa.

Los plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar en una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siguientes 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 **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Si solicita un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más ("un período extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días extras, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomarnos días extras. Cuando presenta una queja rápida, le daremos la respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final del mismo), o 72 horas si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa.

Paso 3: Si negamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos, y quizás cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Hacer una apelación significa volver a intentar a fin de obtener la atención médica de cobertura que desea.
- Si decide hacer una apelación, significa que irá al nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 abajo).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de decisión de cobertura de atención médica realizada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de la decisión de cobertura de atención médica se denomina "**reconsideración**" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y realiza su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "**apelación rápida**".

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros respecto a su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica*.
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito presentado una solicitud.** También puede solicitar una apelación al llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica*).
    - Si otra persona está apelando nuestra decisión en su nombre, además de su médico, su apelación debe incluir un Formulario de Designación de representante, el cual autoriza a esta persona a que lo represente. Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) y solicite el Formulario "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en mymorecare.com. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de los siguientes 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que evalúe nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono indicado en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarnos cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica*).
- **Debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos con la respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora de su apelación al momento de realizar su apelación. Podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buena causa para no observar la fecha límite pueden incluir si usted sufrió una enfermedad seria que evitó que se comunicara con nosotros, o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene el derecho de solicitarnos una copia de la información respecto a su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
  - Si desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede presentar una solicitud llamándonos por teléfono)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**reconsideración expedita**".

- Si está apelando una decisión que realizamos acerca de la cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida.”
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los de la "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se dieron antes en esta sección).
- Si su médico le dice que su salud requiere una "apelación rápida", nosotros le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro Plan está revisando su apelación, nosotros revisamos nuevamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Revisamos para ver si seguimos todas las reglas cuando le negamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos contactarlo a usted y a su médico para obtener más información.

Los plazos para "apelaciones rápidas"

- Cuando estamos utilizando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que puede beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un articulo o servicio médico. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días extra), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos acerca de esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que ha solicitado**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente al Nivel 2 de apelación.

Los plazos para "apelaciones estándar"

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos responderle a la solicitud de un articulo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre cobertura de servicios que todavía no ha recibido. Si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más rápido si su salud lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que puede beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un articulo o servicio médico. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días extras, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomarnos días extras. Cuando presenta una queja rápida, le daremos la respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más

información acerca del proceso de presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

  - Si no le damos una respuesta para la fecha límite aplicable mencionada anteriormente (o al final del período extendido si tomamos días extra en su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que ha solicitado**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente al Nivel 2 de apelación.

Paso 3: Si nuestro plan le niega su apelación o parte de ella, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando negamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Eso significa que su apelación está pasando al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

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

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se le llama **"IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización externa e independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está

conectada a nosotros y no es una oficina del gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se llama el "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene el derecho de darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida de nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** desde la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarle hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente puede tomarse un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar de nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. Si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** desde la recepción de su apelación. Si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** desde la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarle hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente puede tomarse un tiempo extra para tomar una decisión si solicita medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o a todo lo que ha solicitado para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la atención de cobertura médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares o dentro de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o a todo lo que ha solicitado de los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proveer los medicamentos recetados de la Parte B dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o dentro de **24 horas** desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización dice no a una parte o a toda su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se llama "rechazar la apelación").
  - Si la organización de revisión independiente ”sostiene la decisión” tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el monto en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe llegar a un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión tomada en el Nivel 2 es final. El aviso escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar el valor en dólares para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted escoge si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles acerca de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de leyes administrativas. o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago por atención médica, empiece leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una cuenta que ha recibido del proveedor. También le dice como enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para más información acerca de decisiones de cobertura, vaya a la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos que la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga).* También verificaremos para ver si siguió todas las reglas de uso de atención médica (estas reglas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos)*.

Le diremos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de su atención médica dentro de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O bien, si no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir *sí* a su solicitud de decisión de cobertura.)
- Si la atención médica *no* es cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no haremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le informa que no pagaremos por los servicios y le dará las razones en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir *no* a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros informamos que no lo haremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Si apela, significa que está pidiéndonos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando negamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Consulte esta sección para ver las instrucciones paso por paso. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si realiza una apelación por reembolso, debemos responderle dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos está solicitando que le reembolsemos

por atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite que solicite una apelación rápida).

- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de negar el pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o a su proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o a su proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía a los "puntos básicos" de las decisiones de cobertura y apelaciones)*? Si no lo ha hecho, quizás desee leerla antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le informa lo que debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura por muchos medicamentos de receta. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada médicamente. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos, o respaldado por ciertos textos de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

- **Esta sección es únicamente acerca de los medicamentos de la Parte D.** Para mantener las cosas simples, por lo general nos referimos a "medicamentos" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes externos" o "medicamentos de la Parte D" cada vez.
- Para más detalles acerca de lo que queremos decir por medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costo, consulte el Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D)* y el Capítulo 6 *(Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)*.

Decisiones y apelaciones a la cobertura de la Parte D

Como se mencionó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagará por sus medicamentos.

Términos legales
A una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se le llama **"determinación de cobertura".**

Éstos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos pidió que tomemos acerca de los medicamentos de la Parte D:

- Nos pidió que hagamos una excepción, que incluye:
  - Cómo solicitarnos que cubramos el medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que recibe)
  - Solicitar que se pague un monto menor de costo compartido para un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos preguntó si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumplió con cualquier regla aplicable de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan pero le pedimos que nos solicite aprobación antes de cubrirla para usted.)
  - *Tome nota:* Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse de la manera en que está redactada, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pidió que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura acerca de un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita una exención a una restricción de un medicamento que cubrimos.	Nos pidió que hagamos una excepción, que incluye: (Este es un tipo de decisión de cobertura). Empiece con la **Sección 6.2** de este capítulo
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede solicitar una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si desea solicitar que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió o que ya pagó.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que usted desea que lo cubramos o paguemos.	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que reconsideremos). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría que estuviera, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud por una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta necesitará explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son dos (2) ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta nos puede solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar).

Términos legales
Pedir cobertura por un medicamento que no está en la lista de medicamentos a veces se denomina **"excepción del Formulario"**.

- Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar un monto de copago que se aplica a los medicamentos del **Nivel 4**. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. **Remover una restricción en nuestra cobertura por un medicamento cubierto.** Hay reglas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y consulte la Sección 4).

Términos legales
Pedir la remoción de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una "**excepción del Formulario**".

- Las reglas y restricciones adicionales en cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Se le obliga a que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes que acordemos cubrir el medicamento para usted. (A esto se le llama "autorización previa").
  - *Se le obliga a que utilice primero un medicamento diferente* antes que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (A esto a veces se le llama “tratamiento escalonado”).
  - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en el monto del medicamento que puede tener.
- Si acordamos hacer una excepción y eliminamos la restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar que se pague un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se llama solicitar una "**excepción de niveles.**"

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición médica que se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al(los) medicamento(s) alternativos. Esto reduciría su parte del costo por el medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento especializado del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de niveles y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de las excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos

Su médico u otro proveedor que recete deben darnos una declaración que explica los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que le receta cuando solicita una excepción.

Típicamente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuese igual de eficaz como el que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaríamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el(los) nivel(es) de menor costo compartido no le funcionen tan bien o exista la probabilidad que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento para usted, y este continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si decimos no a su solicitud de excepción, puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le dice cómo presentar una apelación si decimos que no.

La próxima sección le dice cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca del medicamento o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "decisión rápida de cobertura ". No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece con una llamada, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro profesional que receta) puede hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y vaya a la sección llamada. *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.* O, si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento, vaya a la sección llamada, *Adónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o medicamento que recibió.*
- **Usted o su médico o alguien más que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede dar permiso escrito a alguien más para actuar como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento,** empiece leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de la cuenta que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso. También le dice cómo enviarnos documentación para solicitarnos que le reembolsemos por nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione un "declaración de apoyo".** Su médico u otro profesional que receta debe darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto le llamamos "declaración de apoyo"). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que receta nos puede decir por teléfono y proseguir enviándonos una declaración escrita, si es necesario, por fax o correo. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para mayor información acerca de solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS, o en nuestro formulario del plan que está disponible en nuestro sitio web en mymorecare.com.

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se llama "**determinación de cobertura expedita**".

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración del médico. Responderemos a una decisión rápida de cobertura dentro de 24 horas a partir de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura , debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si está solicitando un *medicamento que todavía no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya ha comprado.)
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo al utilizar los plazos estándar podrían *causarle daño grave a su salud o perjudicar su habilidad de funcionar.*
- **Si su médico u otro profesional que receta le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura ", nosotros acordaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura .**

- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura .
    - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, decidiremos enviarle una carta que se lo comunica (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita una decisión rápida de cobertura , se la daremos en forma automática.
    - Esta carta también le informa cómo puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó. Le dice cómo presentar una queja "rápida", lo que significa que obtendrá nuestra respuesta acerca de su queja dentro de 24 horas de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Los plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si estamos usando los plazos rápidos, le debemos dar nuestra respuesta **dentro de las siguientes 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa dentro de 24 horas de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración del médico que apoya su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos con ese plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa. También le diremos como apelar.

Los plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, le debemos dar nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas**.

  - Generalmente, esto significa dentro de 72 horas de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración del médico que apoya su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con ese plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que ha solicitado** –
  - Si aprobamos nuestra solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** a la que hemos acordado **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o declaración del médico apoyándola.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa. También le diremos como apelar.

Los plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de pagos por un medicamento que ya compró

- Debemos responderle **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con ese plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo de lo que ha solicitado,** debemos hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa. También le diremos como apelar.

Paso 3: Si negamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de decisión de cobertura realizada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de la decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina "**redeterminación**" del plan.

Paso 1: Usted puede contactarnos y realizar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "**apelación rápida**".

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o médico o el profesional que le receta) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  - Para obtener más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo o en nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado a su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y vaya a la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación al llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 *(Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacer su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono indicado en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos con la respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite, podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buena causa para no observar la fecha límite pueden incluir si usted sufrió una enfermedad seria que evitó que se comunicara con nosotros, o si le proporcionamos

información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Tiene el derecho de solicitarnos una copia de la información respecto a su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
  - Si desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación expedita**".

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca del medicamento que todavía no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para obtener una "decisión rápida de cobertura " en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente evaluamos detenidamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Revisamos para ver si seguimos todas las reglas cuando le negamos su solicitud. Podemos contactarlo a usted o a su médico o al otro profesional que receta para obtener más información.

Los plazos para "apelaciones rápidas"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con ese plazo dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para "apelaciones estándar"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento aún y su condición de salud así lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
    - Si no cumplimos con ese plazo dentro de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que ha solicitado** –
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya ha comprado, también se requiere que **le enviemos el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si usted está solicitando que le reembolsemos pro un medicamente que ya ha comprado, debemos responderle **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si no cumplimos con ese plazo dentro de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo de lo que ha solicitado,** debemos hacerle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que le explica nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decimos que no a su apelación, usted escoge si desea aceptar esta decisión o continuar al realizar otra apelación.

- Si decide hacer otra apelación, significa que su apelación irá al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte abajo).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si decimos que no a su apelación, usted escoge si desea aceptar esta decisión o continuar al realizar otra apelación. Si decide proceder con la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando le negamos la primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se le llama **"IRE".**

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante o médico u otro profesional que receta) debe ponerse en contacto con la Organización de Revisión Independiente y solicitarle que revise su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones de cómo realizar una apelación de Nivel 2** ante una Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando realiza una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información acerca de cómo apelar ante esa organización. Esta información se llama el "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene el derecho de darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente da una revisión a su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización externa e independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada a nosotros y no es una oficina del gobierno. Esta organización es una empresa escogida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, pídale una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acuerda darle una "apelación rápida", la organización debe darle una respuesta a su apelación del Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a parte o todo lo que ha solicitado,** debemos darle la cobertura del medicamento aprobado por la organización **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para "apelaciones estándar" en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a la apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** desde la recepción de su apelación. Si usted está solicitando que le reembolsemos por un medicamente que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
  - **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a parte o todo lo que ha solicitado** –
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos **darle la cobertura del medicamento** aprobado por la organización **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolsarle por un medicamento que ya ha comprado, también se requiere que **le enviemos el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión niega su apelación?

Si esta organización niega su apelación, quiere decir que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se llama "rechazar la apelación").

Si la organización de revisión independiente “confirma la decisión” tiene derecho a una apelación de nivel 3. Para continuar y presentar otra apelación de Nivel 3, el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe llegar a un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted escoge si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles acerca de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de leyes administrativas o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando es admitido al hospital, tiene el derecho de obtener todos los servicios del hospital cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información acerca de la cobertura del plan para su atención hospitalaria, incluyendo cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*

Durante su hospitalización con cobertura, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día que sale del hospital se llama "**el día de alta**".
- Cuando se decide su día de alta, su médico o el personal del hospital se lo informará.
- Si cree que le están solicitando que salga del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y su solicitud será considerada. Esta sección le dice cómo solicitarlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, obtendrá un aviso escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos

Durante su hospitalización, se le dará una notificación escrita llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todos los que reciben Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan al hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregársela dentro de dos días después de su admisión. Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También

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

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa acerca de sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su hospitalización, como lo ordenó su médico. Esto incluye el derecho de saber qué son esos servicios, quién pagará por ellos, y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho de estar involucrado en cualquier decisión acerca de su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
   - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.
   - Su derecho de apelar la decisión de su alta si usted cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
La notificación escrita de Medicare le informa cómo puede "**solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una forma legal y formal de solicitar una demora en el día de alta de modo que su atención hospitalaria sea cubierta por un período más largo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le solicitará firmar la notificación escrita para mostrar que la ha recibido y entiende sus derechos.**
   - Se le solicitará a usted o alguien que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede dar un permiso escrito a alguien más para actuar como su representante).
   - Firmar el aviso *solamente* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta (el médico o el personal del hospital le dirán la fecha). Firmar esta notificación ***no* significa** que está aceptando la fecha de alta.

3. **Mantenga su copia** de la notificación para tener la información acerca de cómo presentar una apelación (o informar sobre alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso que lo necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días antes del día que sale del hospital, obtendrá otra copia antes del día programado para que le den de alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048. También

pueden consultar la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Abajo se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos pertinentes a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización de mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica para ver si su fecha planeada de alta es apropiada para usted según criterio médico.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad en su estado y pídale una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad?

- Esta organización tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación escrita que recibió *(Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos)* le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O localice el nombre, dirección o número de teléfono de la Organización de mejoramiento de calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad *antes* que salga del hospital y **a más tardar a medianoche del día de su alta.** (Su "fecha planeada de alta" es la fecha que se ha reservado para que salga del hospital).
    - Si cumple con este plazo, se le permitirá que permanezca en el hospital hasta *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo, y decide quedarse en el hospital hasta después de la fecha planeada de alta, *quizás tenga que pagar por todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha de alta.
- Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad, y aún desea apelar, en su lugar debe apelar directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de realizar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitarle a la Organización de mejoramiento de calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que está pidiéndole a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se llama "**revisión inmediata**" o una **"revisión expedita**".

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud en la Organización de mejoramiento de la calidad (les llamaremos los “examinadores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los examinadores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Para mediodía del día después que los examinadores informaron a nuestro plan de su apelación, también recibirá un aviso escrito que le da la fecha planeada para su alta y explica los motivos por los que su médico, hospital y nosotros creemos que es apropiado (según criterio médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina la "**Notificación detallada para el alta**". Puede obtener una muestra de esta notificación llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener una muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: Dentro de un día completo después que tiene toda la información necesaria, la Organización de mejoramiento de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice sí a su apelación, **debemos continuar proporcionándole servicios cubiertos para pacientes hospitalizados por tanto tiempo como estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice *No* a su apelación, le están diciendo que la fecha planeada para su alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura del plan para sus servicios para pacientes hospitalizados terminará** a mediodía *después* del día en que la Organización de mejoramiento de la calidad le da una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **quizás tenga que pagar el costo total** de la atención que recibió en el hospital después del mediodía del día después que la Organización de mejoramiento de la calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, *y* usted se queda en el hospital después del día en que planeó darle de alta, entonces puede presentar otra apelación. Hacer otra apelación significa que estará pasando al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización de mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, *y* usted se queda en el hospital después del día en que planeó darle de alta, entonces puede presentar otra apelación en el Nivel 2. Durante la Apelación de nivel 2, le puede solicitar a la Organización de mejoramiento de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad niega su Apelación de nivel 2, tal vez tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planeada de alta.

Éstos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se pone en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejoramiento de la calidad dijo *no* a la Apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención terminó.

Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización de mejoramiento de la calidad observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario luego de haber recibido su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad decidirán acerca de su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde mediodía en el día después que la Organización de mejoramiento de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindándole cobertura por su hospitalización por tanto tiempo como sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y se aplican las limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina "confirmar la decisión".
- El aviso que recibe le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles acerca de cómo ir al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es no, necesitará decidir si desea llevar adelante la apelación de Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de la revisión rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede escoger aceptar esa decisión o ir adelante al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer la Apelación de nivel 1?

Puede realizar una apelación ante nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para contactar a la Organización de mejoramiento de la calidad para iniciar su primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y a más tardar en su fecha de alta programada, lo que ocurra primero.) Si no cumple con el plazo para contactar a esta organización, hay otra forma de realizar una apelación.

Si utiliza esta otra forma para realizar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa en el Nivel 1

Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de los estándar.

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación expedita**".

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y vaya a la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que está solicitando que le den una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la fecha programada de alta, verificando para ver si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información acerca de su hospitalización. Verificamos para ver si su fecha programada de alta fue médicamente apropiada. Verificaremos para ver si la decisión acerca de cuándo debía salir del hospital fue imparcial y siguió todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas en que nos pidió una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos brindando los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados hasta cuando sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle por nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha que le informamos que acabaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber limitaciones de cobertura que se aplican).
- **Si decimos que no a su apelación rápida,** le estamos diciendo que la fecha programada de alta fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura por servicios para pacientes hospitalizados termina el día que dijimos que acabaría.
    - Si se queda en el hospital *después* de la fecha planeada de alta, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada de alta.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos que seguimos todas las reglas cuando negamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Al hacerlo, significa que irá *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Apelación *Alternativa* en el Nivel 2

En la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando le negamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se le llama **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las siguientes 24 horas de cuando le notificamos acerca de nuestra negación de su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" a su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización externa e independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una oficina del gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) por nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios como paciente hospitalizado por tanto tiempo como sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estos pueden limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada de alta del hospital fue médicamente apropiada.
    - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles acerca de cómo ir al nivel 3 de apelación, el cual es manejado por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted escoge si desea llevar adelante la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores niegan su apelación de Nivel 2, usted decide aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección es solo sobre tres servicios:* Atención de salud en casa, centro de cuidados especializados de enfermería y servicios integrales en un centro de rehabilitación para pacientes externos (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguiente tipos de atención:

- **Servicios de atención médica en casa** que está recibiendo.
- **Cuidados especializados de enfermería** que está obteniendo como paciente en un centro especializado de enfermería. (Para informarse sobre los requisitos para ser considerado un "centro de cuidados especializados de enfermería", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, significa que está recibiendo tratamiento de una enfermedad o accidente, o se está recuperando de una operación seria. (Para obtener más información sobre este tipo de instalaciones, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)

Cuando obtiene estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios cubiertos por ese tipo de atención por el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para mayor información acerca de sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que puede aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos comunicárselo por adelantado. Cuando su cobertura por dicha atención termina, *dejaremos de pagar su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo acabará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá una notificación.
   - El aviso escrito le informa la fecha cuando dejaremos de cubrir su atención.
   - El aviso escrito también le dice lo que puede hacer si desea solicitarle al plan que cambie esta decisión acerca de cuándo terminar su atención y que continúe cubriéndola por un período más largo.

Términos legales
Al informarle qué puede hacer, el aviso escrito le dice cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida".** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo detener su atención. (La Sección 8.3 a continuación le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida). El aviso escrito se llama **"Notificación de no cobertura por Medicare".**

2. **Se le solicitará firmar la notificación escrita para mostrar que la ha recibido.**
   - Se le solicitará a usted o alguien que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 4 le dice cómo puede dar un permiso escrito a alguien más para actuar como su representante).
   - Firmar el aviso *solamente* demuestra que recibió la información sobre cuándo acabará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que está de acuerdo** con el plan en que es momento de terminar el cuidado.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo realizar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más largo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más largo, necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer su solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Abajo se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos pertinentes a las cosas que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).

- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa de Asistencia del Estado con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que brinda ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación del Nivel 1, la Organización de mejoramiento de calidad revisa su apelación y decide si revocar la decisión tomada por nuestro Plan o no.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Revisan la calidad de la atención recibida por personas con Medicare y verifican las decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso escrito que recibe le informa cómo ponerse en contacto con la organización. (O localice el nombre, dirección o número de teléfono de la Organización de mejoramiento de calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Pídale a esta organización una "apelación de vía rápida" (que haga una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que terminemos con la cobertura de sus servicios médicos.

El plazo para contactar a esta organización.

- Debe ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor de la Notificación de no cobertura por Medicare.
- Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad, y usted aún desea presentar una apelación, en su lugar debe apelar directamente ante nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de realizar una apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud en la Organización de mejoramiento de la calidad (les llamaremos los "examinadores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también verá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al cierre del día, los examinadores nos informan de su apelación, y también recibirá una notificación escrita de nosotros que le explica nuestros motivos para terminar con la cobertura de sus servicios.

Términos legales
El aviso de explicación se llama **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: Dentro de un día completo de haber tenido toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces **debemos continuar proporcionándole servicios cubiertos por el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

- Si los revisores dicen *no* a su apelación, entonces s**u cobertura acabará en la fecha que le dijimos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su atención.
- Si decide continuar con los servicios de atención de salud en casa, o centro de cuidados especializados de enfermería, o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que acabe su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo completo** de atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.

- La primera apelación que hace es en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura ha terminado-puede presentar otra apelación.
- Hacer otra apelación significa que estará pasando al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo realizar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más largo

Si la Organización de mejoramiento de calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después que su cobertura ha acabado, puede presentar una apelación en el Nivel 2. Durante la Apelación de nivel 2, le puede solicitar a la Organización de mejoramiento de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de nivel 2, tal vez tenga que pagar el costo total de sus servicios en el hogar, en un Centro de cuidados especializados de enfermería, o en un centro de servicios integrales de rehabilitación para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Éstos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se pone en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de mejoramiento de calidad dijo *no* a la apelación del Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención terminó.

Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización de mejoramiento de la calidad observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán acerca de su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que acabaría su cobertura. **Debemos continuar brindándole cobertura** por la atención por el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones de cobertura que se aplican.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles acerca de cómo ir al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es no, necesitará decidir si desea llevar adelante la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede escoger entre aceptar esa decisión o ir adelante al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer la Apelación de nivel 1?

Puede realizar una apelación ante nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para contactar a la Organización de mejoramiento de la calidad para iniciar su primera apelación (dentro de un día o dos, máximo). Si no cumple con el plazo para contactar a esta organización, hay otra forma de realizar una apelación. Si utiliza esta otra forma para realizar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* en el Nivel 1

Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de los estándar.

A continuación los pasos para el Nivel 1 de apelación alternativa:

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación expedita".**

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y vaya a la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que está solicitando que le den una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Nosotros realizamos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos acerca de terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información acerca de su caso. Revisamos para ver si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar con la cobertura de servicios del plan que está recibiendo.
- Utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas en que nos pidió una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita servicios por más tiempo, y continuaremos brindando los servicios cubiertos hasta cuando sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle por nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha que le informamos que acabaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber limitaciones de cobertura que se aplican).
- **Si decimos que no a su apelación rápida,** su cobertura acabará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de la misma.
- Si continua con los servicios de atención de salud en casa, o centro de cuidados especializados de enfermería, o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que acabe su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo completo** de atención.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación rápida, su caso irá *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos que seguimos todas las reglas cuando negamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Al hacerlo, significa que irá *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Apelación *Alternativa* en el Nivel 2

En la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando le negamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se le llama **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las siguientes 24 horas de cuando le notificamos acerca de nuestra negación de su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" a su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización externa e independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una oficina del gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización dice que *sí* a su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) por nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que acabaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo su atención por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estos pueden limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan ha realizado en su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles acerca de cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted escoge si desea llevar adelante la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores niegan su apelación de Nivel 2, usted puede escoger entre aceptar esa decisión o ir adelante al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez de leyes administrativas o abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Presentar su apelación de Nivel 3 y más adelante

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4, y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, usted podrá continuar en niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menos del nivel mínimo, no puede proseguir con las apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a la apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué solicitar para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. Aquí se describe quién se encarga de manejar la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado un juez de leyes administrativas) o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Leyes Administrativas o un abogado litigante dice que sí a su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar;** nosotros decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de la decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar a una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle los servicios dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de leyes administrativas o del abogado litigante.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud para la apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la

decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el Juez de Leyes Administrativas o un abogado litigante dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación acabará.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Leyes Administrativas o un abogado litigante dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer si decide continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar**; nosotros decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 5. A diferencia de la decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar a una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted. si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle los servicios dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* terminar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación acabará.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, la notificación le informará si las reglas permiten o no que continúe a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le dirá a quién contactar y lo que debe hacer si escoge continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 El juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelaciones

Sección 9.2 Niveles de apelaciones 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierto valor en dólares, usted podría continuar en niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, no puede continuar apelando. La respuesta escrita que reciba a la apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué solicitar para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. Aquí se describe quién se encarga de manejar la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado un juez de leyes administrativas) o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha acabado.** Lo que ha pedido en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que el Juez de Leyes Administrativas o abogado litigante aprobó, **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar a los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación acabará.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Leyes Administrativas o un abogado litigante dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer si decide continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha acabado.** Lo que ha pedido en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que el Consejo aprobó, **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar a los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no* finalizar.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación acabará.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas permiten o no que continúe a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le dirá a quién contactar y lo que debe hacer si escoge continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: El juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelaciones

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicios al cliente y otras inquietudes.

Si su problema es sobre decisiones relacionadas a beneficios, cobertura o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, usted necesita utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Pase a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de quejas?

Esta sección le explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas es utilizado para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados a la calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente que recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

SI tiene algunos de estos tipos de problemas, usted puede "presentar una queja".

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está descontento con la calidad de la atención que recibió (incluye atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree debió mantenerse confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio deficiente al cliente, u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho acerca de la forma en que Servicios para Miembros lo ha tratado? • ¿Opina que están fomentando que deje nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene dificultad para hacer una cita, o esperó demasiado para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos lo han hecho esperar mucho tiempo? ¿O Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan lo han hecho esperar mucho tiempo? o Entre los ejemplos se incluye el esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o al surtir una receta
Limpieza	• ¿Está descontento con la limpieza o condición de la clínica, hospital o consultorio?
Información que recibe de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado una notificación que debemos darle? • ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con lo oportuno de nuestras acciones relacionadas a las decisiones y apelaciones de cobertura)	El proceso de solicitar una decisión de cobertura y de presentar apelaciones se explica en las secciones 4 al 9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, usted utiliza ese proceso y no el proceso para quejas. Sin embargo, si ya ha pedido una decisión de cobertura o realizado una apelación y cree que no estamos respondiendo rápidamente, usted también puede presentar una queja por nuestra demora. A continuación algunos ejemplos: • Si nos solicita que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no, usted puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, usted puede quejarse. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se le dice a que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos servicios médicos o medicamentos, existen plazos que se aplican. Si cree que no estamos cumpliendo con esos plazos, puede presentar una queja. • Cuando nuestro plan no le proporciona una decisión a tiempo, se nos requiere que reenviemos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, usted puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "quejarse" es "presentar una queja"

Términos legales
• Lo que esta sección llama "**queja**" también se le llama "**queja formal**". • Otro término para "**quejarse**" es "**presentar una queja**". • Otra forma de decir "**usar el proceso de quejas**" es "**usar el proceso para presentar una queja formal.**"

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros oportunamente, por teléfono o por escrito.

- **Usualmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para Miembros le informará: Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (844) 480-8528 para obtener información adicional. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST del 1 de abril hasta el 30 de septiembre).
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), usted puede hacer su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Cuando presente una queja, esté preparado para proporcionar la siguiente información:
  - Nombre del miembro, número de identificación, dirección y número de teléfono
  - Un resumen de su queja, incluido el nombre del proveedor y la fecha de servicio o la información de farmacia/medicamento, si corresponde
  - El formulario de Nombramiento de Representante si alguien que no sea usted mismo actúe por usted como su representante personal. Una copia del formulario está disponible en nuestro sitio web en mymorecare.com.

Envíe sus quejas de atención médica a:

MoreCare Grievance and Appeals
P.O. Box 21994
Eagan, MN 55121

Envíe sus quejas de farmacia o medicamentos recetados a:

MoreCare Grievance and Appeals
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

- **Ya sea que escriba o llame, debe ponerse en contacto de inmediato con los Servicios para Miembros.** La queja debe hacerse dentro de 60 días calendario después que tuvo el problema del que quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque le negamos su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Términos legales
A lo que en esta sección se llama "**queja rápida**" también se le llama "**queja expedita**".

Paso 2: Revisaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le contestemos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si le pedimos más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a la queja. Si decidimos tomarnos los días extra para tomar una decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o todo su reclamo o no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para la respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con su reclamo o no.

Sección 10.4 También se puede quejar acerca de la calidad de la atención a la Organización de mejoramiento de la calidad

Puede presentar su queja acerca de la calidad de atención que recibió utilizando el proceso paso por paso como se detalla arriba.

Cuando su queja es por *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede quejarse ante la Organización de mejoramiento de la calidad.** Si prefiere, puede quejarse acerca de la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* quejarse ante nosotros).
    - La Organización de mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para encontrar el nombre, dirección o número de teléfono de la Organización de mejoramiento de la calidad en su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si se queja ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar la queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede quejarse acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización de mejoramiento de la calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *MoreCare For You* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o preocupación, o si cree que el plan no está atendiendo su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo dejar de ser miembro del plan

Capítulo 10. Cómo dejar de ser miembro del plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 242
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membresía en nuestro plan ... 242

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede acabar su membresía en nuestro plan? ... 242
Sección 2.1 También puede terminar su membresía durante el Período anual de inscripción ... 242
Sección 2.2 También puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 243
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante el Período especial de inscripción ... 244
Sección 2.4 ¿Dónde puede recibir más información acerca de cuándo puede terminar su membresía? ... 245

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede acabar su membresía en nuestro plan? ... 245
Sección 3.1 Usualmente, acaba su membresía al inscribirse en otro plan ... 245

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía acabe, debe continuar obteniendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan ... 247
Sección 4.1 Hasta que su membresía acabe, usted todavía es miembro de nuestro plan ... 247

SECCIÓN 5 *MoreCare For You* debe acabar con su membresía en el plan en ciertas situaciones ... 248
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos acabar su membresía en nuestro plan? ... 248
Sección 5.2 Nosotros no podemos solicitarle que se vaya de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud ... 249
Sección 5.3 Tiene el derecho de presentar un reclamo si acabamos con su membresía en nuestro plan ... 249

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en *MoreCare For You* puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
  - Solo hay ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, en las que usted puede acabar voluntariamente su membresía en el Plan. La Sección 2 le informa *cuando* puede acabar con su membresía en el Plan.
  - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está escogiendo. La Sección 3 le dice *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas donde no escoge irse, sino que se nos requiere que terminemos su membresía. La Sección 5 le informa acerca de situaciones cuando debemos terminar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, usted puede continuar recibiendo atención médica mediante nuestro plan hasta que acabe su membresía.

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

Usted puede acabar con su membresía en nuestro plan solo en ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el Plan durante el Período Anual de Inscripción y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted puede ser elegible para terminar con su membresía en otros períodos del año.

Sección 2.1 También puede terminar su membresía durante el Período anual de inscripción

Puede terminar con su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período Anual de Inscripción Abierta"). Este es el momento cuando debe revisar su salud y cobertura de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción?** Esto tomará lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipos de planes puede usted cambiar durante el Período anual de inscripción?** Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de atención médica Medicare. (Usted puede escoger un plan que cubre medicamentos recetados o uno que nos los cubre).
  - Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.
  - – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya dado de baja de la inscripción automática.

  Nota: Si sale de un plan para medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días seguidos o más, quizás tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare. (La cobertura "acreditable" es la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo acabará su membresía?** Su membresía acabará cuando su nueva cobertura del plan empiece el 1 de enero.

Sección 2.2 También puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Ocurre todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipos de planes puede usted cambiar durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Usted puede escoger un plan que cubre medicamentos recetados o uno que nos los cubre).
  - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese período.

- **¿Cuándo acabará su membresía?** Acabará el primer día del mes después que se inscribe en un plan Medicare Advantage diferente o recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante el Período especial de inscripción

En ciertas situaciones, los miembros de *MoreCare For You* pueden ser elegibles para terminar con su membresía en otros momentos del año. A esto se le conoce como **Período especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para el Período especial de inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted, usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período especial de inscripción. Estos son unos cuantos ejemplos, para tener la lista completa, contacte al Plan, llame a Medicare, o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Usualmente, cuando se ha mudado.
  - Si tiene Medi-Cal.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos de Medicare.
  - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían de acuerdo a su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber 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 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para acabar con su membresía debido a una situación especial, usted puede escoger cambiar tanto su cobertura de salud como la de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de Planes:
  - Otro plan de atención médica Medicare. (Usted puede escoger un plan que cubre medicamentos recetados o uno que nos los cubre).
  - Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.
  - – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos por

separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya dado de baja de la inscripción automática.

> **Nota:** Si sale de un plan para medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, quizás tenga que pagar una multa por inscripción tardía del a Parte D si más adelante se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo acabará su membresía?** Por lo general, acabará el primer día del mes después que recibimos su solicitud de cambio de planes.

Sección 2.4 ¿Dónde puede recibir más información acerca de cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea más información acerca de cuándo puede terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2022***.
  - Todos los que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la recibirán dentro del mes después de inscribirse.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número que se indica a continuación.
- También puede contactar a **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 Usualmente, acaba su membresía al inscribirse en otro plan

Normalmente, para acabar con su membresía en nuestro Plan, solo inscríbase en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para más información sobre períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se le dé de baja de nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- --*o*-- Puede llamar a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

Nota: Si sale de un plan para medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, quizás tenga que pagar una multa por inscripción tardía del a Parte D si más adelante se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro Plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de atención médica Medicare.	• Inscribirse en un nuevo plan de atención médica de Medicare. Usted será automáticamente dado de baja de *MoreCare For You* cuando empiece la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Usted será automáticamente dado de baja de *MoreCare For You* cuando empiece la cobertura del plan nuevo.

Si desea cambiar de nuestro Plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare. o **Nota:** Si sale de un plan para medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días seguidos o más, quizás tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja.** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). • También puede contactar a **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que lo den de baja. Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048. • Usted será dado de baja de *MoreCare For You* cuando empiece su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía acabe, debe continuar obteniendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía acabe, usted todavía es miembro de nuestro plan

Si abandona *MoreCare For You* podría tomar tiempo antes que su membresía acabe y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuando empieza su cobertura nueva). Durante ese tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que su membresía acabe en nuestro plan.** Usualmente, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los abastece en una farmacia de la red, lo que incluye nuestros servicios farmacéuticos de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que acabe su membresía, su hospitalización usualmente estará cubierta por nuestro plan hasta el día que le den de alta** (aún si sale después de que empiece su cobertura nueva de salud).

SECCIÓN 5 *MoreCare For You* debe acabar con su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos acabar su membresía en nuestro plan?

***MoreCare For You* debe acabar con su membresía en el plan si ocurre cualquiera de lo siguiente:**

- Si ya no está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área del plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que tiene y que brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya del plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que incomoda y dificulta que le brindemos atención médica para usted o para otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya del plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que alguien más use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que se vaya del plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector general.
- Si se le solicita que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía:

- También puede llamar a **Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono están en la contraportada del folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos solicitarle que se vaya de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

MoreCare For You no está autorizado para solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si eso pasa?

Si cree que le están solicitando que se vaya de nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios que utilizan TTY deben llamar al número 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene el derecho de presentar un reclamo si acabamos con su membresía en nuestro plan

Si acabamos con su membresía en nuestro plan, debemos decirle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de terminar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Notificaciones legales

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso acerca de leyes gobernantes 252

SECCIÓN 2 Notificación de no discriminación 252

SECCIÓN 3 Notificación acerca de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 252

SECCIÓN 1 Aviso acerca de leyes gobernantes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse debido a que están obligados por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas según la Ley del Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare & Medicaid, o CMS. Además, otras leyes federales pueden aplicarse, y en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Notificación de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o tratamiento injusto. **No discriminamos** debido a la raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, genero, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan Medicare Advantage Plans, como nuestro Plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de 1975, la Ley de Americanos con discapacidades, La sección 1557 de la Ley de Atención Asequible y otras leyes que se aplican a organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otras leyes y regulaciones que se aplican por cualquier motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o tratamiento 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 puede llamar a la Oficina Local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema de acceso para silla de ruedas, los Servicios para Miembros pueden ayudarle.

SECCIÓN 3 Notificación acerca de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas CMS de la 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *MoreCare For You*, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobranza que el Secretario ejerce bajo las normas CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de la 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se reporta en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera una cierta cantidad, pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional sobre su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare son afectadas por este ajuste, así que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Aparatos prostéticos y ortopédicos – Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o función, incluyendo los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud o medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debe recibir. El Capítulo 9 le explica acerca de las apelaciones, incluye el proceso involucrado para presentar una apelación.

Área de servicio – Un área geográfica donde el plan de salud acepta a miembros si limita la membresía según donde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no son de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa – Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestra lista de medicamentos aprobados. Algunos servicios que se reciben dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor del plan obtiene la "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos otros medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red, obtiene una “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la lista de medicamentos aprobados.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y seguro compartido.

Ayudante de salud en el hogar – El ayudante de salud en el hogar proporciona servicios que no requieren de las habilidades de una enfermera con licencia o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Un ayudante de salud en el hogar no tiene licencia de enfermería ni proporciona terapia.

Cantidad máxima de bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no se contabilizan para la cantidad máxima de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de su cantidad máxima de bolsillo

Centro de cuidados especializados de enfermería (SNF). – Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación provistos continua y diariamente en un centro de enfermería especializada Ejemplos de atención en un centro de cuidados especializados de enfermería incluyen la terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden proporcionarlos una enfermera certificada o un médico.

Centro de enfermos desahuciados – Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene el derecho de elegir un centro de enfermos desahuciados. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de los centros de enfermos desahuciados en su área geográfica. Si decide ir a un centro de enfermos desahuciados y continúa pagando las primas, aún será miembro de nuestro plan. Aún puede obtener servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de enfermos desahuciados brindará tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) – Una instalación que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales y psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y servicios de evaluación de ambiente en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Centros de servicios de Medicare & Medicaid (CMS) – La agencia federal que dirige el programa Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) de Medicare – Seguro que ayuda a pagar por los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y otros suministros de pacientes externos que no son cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, proporcionada por un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como por la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para recibir Medicare pueden generalmente mantener la cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en el plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago (o "copagar") – Una cantidad que se le podría solicitar que pague como parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, visita ambulatoria a un hospital o un medicamento recetado. Un copago usualmente tiene una cantidad establecida, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar $10 o $20 por una consulta o por un medicamento recetado.

Coseguro – Una cantidad que se le podría solicitar que pague como su parte del costo por los servicios o medicamentos recetados. Coseguro es usualmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido – Se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los medicamentos o servicios, (2) cualquier monto fijo en calidad de "copago" que un plan requiere que se pague cuando se reciban medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto en calidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Puede aplicarse una "tasa diaria de costos compartidos" cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago.

Costos de bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido" arriba. Al requisito de costos compartidos para miembros que requiere que pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se le llama requisito de "costos de bolsillo" del miembro.

Cuidado bajo custodia – El cuidado bajo custodia es el cuidado brindado en una casa de reposo, un centro para enfermos desahuciados u otro centro cuando usted no requiera atención médica especializada o cuidados especializados de enfermería. El cuidado bajo custodia es cuidado personal que pueden brindarlo personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, como ayuda con actividades diarias, como bañarse, vestirse, comer subirse o bajarse de la cama o de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención de salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado bajo custodia.

Cuota por surtido – Una cuota que se cobra cada vez que se surte un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La cuota por surtido cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Deducible – es el monto que debe pagar por la atención medica o las recetas antes de que el plan comience a pagar

Determinación de cobertura – Una decisión que determina si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si fuese necesario, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y el farmacéutico le indica que no está cubierta por su plan, esto no es una determinación de cobertura. Si no está de acuerdo, debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. A las determinaciones de cobertura se les llama "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización – El plan de Medicare Advantage realiza una determinación de la organización cuando esta toma una decisión relacionada con los servicios cubiertos o acerca de cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les llama "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia – Una "emergencia médica" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que se deteriora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – Cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Como por ejemplo: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – Es la fase del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos, después de que usted o terceros calificados hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de Cobertura Inicial – Es la etapa antes de que el total de sus gastos por medicamentos, incluyendo los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre, alcance los $4,430 para el año.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación – Este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo o complemento, u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Es un tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos aprobados del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido al nivel de costo compartido preferido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicitó, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicitó (una excepción a la lista de medicamentos aprobados).

Facturación de saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a una persona más que la cantidad del costo compartido del plan por los servicios. Como miembro de *MoreCare For You*, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o le carguen más de la cantidad del costo compartido de su plan que usted debe pagar.

Farmacia de la red – Es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – Es una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospitalización – Una hospitalización cuando se le ha admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada – Es un uso del medicamento que está ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos, o respaldado por ciertos textos de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para más información acerca de una indicación aceptada según criterio médico.

Ingresos suplementarios del estado (SSI) – Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite inicial de cobertura – Es el límite máximo de cobertura durante la fase inicial de cobertura.

Límites de cantidad – Constituyen una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden establecerse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos") – Es una lista de los medicamentos recetados que el plan cubre. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. Incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos por atención médica se cubren si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo contactar a Medicaid en su estado.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica, y cumplen con los estándares aceptados de la profesión médica.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y por lo general no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico – Un medicamento recetado que está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) (Administración de Alimentos y Medicamentos) por tener los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos "genéricos" funcionan igual que los medicamentos de marca, pero usualmente cuestan menos.

Medicamentos cubiertos – Es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que son cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte el formulario para una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso como medicamentos de la Parte D.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase final (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro Plan o "miembro del plan") – Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Monto que se suma a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare, si no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como pagaría por la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan por medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) – Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Vea la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo contactar a la QIO en su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare "pago por servicio") – Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede consultar al médico, hospital u otro profesional de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada y usted paga por la suya. Original Medicare consta de dos partes: Parte A (seguro de hospitalización) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C – consulte el "Plan Medical Advantage (MA)."

Parte D – Es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Período de beneficios – La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de los centros de cuidados especializados de enfermería (SNF) y de hospitales. El período de beneficios empieza el día en que ingresa al hospital o centro de cuidados especializados de enfermería. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o a un centro de cuidados especializados de enfermería después que el período de beneficios haya terminado, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límites en el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese período. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare.

Período anual de inscripción – Un tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período anual de inscripción es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse para la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, e incluye el mes en que cumple 65 años y que termina a los 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos con Medicare y Medicaid, quienes residen en un centro de cuidados o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (SNP) equivalente a un plan institucional – Un Plan de necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren atención de nivel institucional basándose en la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse usando la misma herramienta de evaluación de nivel estatal correspondiente, y administrarla una organización que no sea la que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que viven en un centro de vivienda asistida (ALF) bajo contrato si es necesario para garantizar el suministro uniforme de atención especializada.

Plan de organización de proveedor preferido (PPO) – Un Plan PPO es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del Plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del Plan, que se reciban a través de proveedores de la red o fuera de la red de servicios. El costo compartido del miembro puede ser mayor cuando los beneficios del plan se reciben a través de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare – Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Medicare Cost Plans, programas de demostración/pilotos y Programas de atención todo incluido para personas mayores (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP) – Un Plan de necesidades especiales que inscribe a personas que viven continuamente, o que se espera que vivan continuamente durante 90 días o más, en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de cuidados especializados de enfermería (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), y/o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un Plan institucional de necesidades especiales para servir a residentes de centros LTC con Medicare, debe tener un contrato (o ser el propietario y operar) el centro LTC específico.

Plan Medicare Advantage (MA) – Llamado algunas veces Plan de la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un Medicare Advantage Plan puede ser llamado HMO, PPO, Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorros de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan bajo Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes son llamados **Medicare Advantage Planes con cobertura de medicamentos recetados.** Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Póliza "Medigap" (Seguro complementario de Medicare) – Es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap únicamente trabajan con el Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud para cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de Descuento del Período de Interrupción de Cobertura de Medicare – Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D para las personas inscritas en la Parte D que han llegado a la etapa de interrupción de cobertura y que aún no están recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Proveedor de atención primaria (PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico, u otro proveedor, a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él se asegura que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y puede derivarlo con ellos. En muchos planes de Medicare, primero debe consultar a su proveedor de atención primara antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para más información acerca de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otras instituciones de atención médica que tienen licencia o que están certificadas por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Nosotros los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con ellos o si aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también son conocidos como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o institución fuera de la red – Proveedor o institución con los que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad o administrados por nuestro plan o que no tienen contrato para proporcionarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o instituciones fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Queja – El nombre formal para "quejarse" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas es utilizado para ciertos tipos de problemas solamente. Esto incluye problemas relacionados a la calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Queja formal – Es un tipo de reclamo que realiza sobre nosotros o farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas por cobertura o pago.

Retirarse de la inscripción o retiro de la inscripción – Es el proceso en el cual usted deja de ser miembro de nuestro plan. El retiro de la inscripción puede ser voluntario (decisión propia) o involuntario (ajeno a su voluntad).

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

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, así como terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición inesperadas que no son de emergencia pero requieren atención médica de inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden brindarlos proveedores de la red o proveedores fuera de esta cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles.

Servicios para Miembros – Es el departamento dentro de nuestro plan que es responsable de contestar a sus preguntas acerca de la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información acerca de cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

Subsidio por ingresos bajos (LIS) – Consulte "Ayuda adicional".

Tarifa diaria de costos compartidos – Puede aplicarse una "tasa diaria de costos compartidos" cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar copago. Una tarifa 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 por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costos compartidos" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surta su receta.

Tratamiento escalonado – Una herramienta de utilización que exige que primero pruebe otro medicamento para el tratamiento de su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

MoreCare For You Servicios para Miembros

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL:	(844) 480-8528 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: • **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, los 7 días de la semana • **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CST, de lunes a viernes
ESCRIBA A:	MoreCare Health Plan Attn: General Correspondence P.O. Box 211004 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	mymorecare.com

Programa de Salud Senior de Illinois

El Programa de Salud Senior de Illinois es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindarle asesoría local gratuita acerca del seguro de salud a las personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL:	(800) 252-8966
TTY	(888) 206-1327 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A:	Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 Correo electrónico: AGING.SHIP@Illinois.gov
SITIO WEB	https://www2.illinois.gov

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.