1 de enero – 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios y su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan HMO

Este folleto le proporciona la información de su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y para los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Central Health Plan de California ofrece este plan, el Central Health San Mateo Medicare Plan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros" o "nuestro", significa Central Health de California. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Central Health San Mateo Medicare Plan).

Este documento está disponible gratis en español.

Comuníquese al número del departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

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

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H5649_083021_1150_EOC018_C

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

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro ~~**Capítulo 1. ..... Primeros pasos como miembro**~~ **..... 5**

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de miembro del plan y sobre cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes ~~**Capítulo 2. ..... Teléfonos y recursos importantes**~~ **..... 24**

Le explica cómo comunicarse con nuestro plan (Central Health San Mateo Medicare Plan) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos ~~**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**~~ **..... 47**

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ~~**Capítulo 4. ..... Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**~~ **..... 6666**

Da la información sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles *no están* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto le tocará pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D~~Capítulo 5. .. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D~~ ..... 119~~119~~

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Explica sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Explica los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D~~Capítulo 6. ..... Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D~~..... 146~~146~~

Explica las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa del espacio de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y sobre cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos~~Capítulo 7.. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos~~..... 165~~165~~

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades~~Capítulo 8.....Sus derechos y responsabilidades~~ ..... 173~~173~~

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)~~Capítulo 9. ... Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)~~ ..... 190~~190~~

Le explica 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 usted está teniendo problemas recibiendo la atención médica o medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos con receta y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan~~Capítulo 10. ... Cómo cancelar su membresía en el plan~~ ..... 253~~253~~

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía al plan.

Capítulo 11. Avisos legales~~Capítulo 11..... Avisos legales~~..... 263~~263~~

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes~~Capítulo 12. ..... Definiciones de palabras importantes~~..... 269~~269~~

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en Central Health San Mateo Medicare Plan, que es un HMO de Medicare 7
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Central Health San Mateo Medicare Plan 9
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos con receta cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: Su guía de todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias:* Su guía de las farmacias en nuestra red 11
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. 11
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos con receta de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Central Health San Mateo Medicare Plan 12
Sección 4.1 ¿Cuál es su prima del plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la "sanción por inscribirse tarde" en la Parte D? 13
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 16

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto extra para la Parte D de acuerdo con sus ingresos? 16
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 16
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 16
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con un monto extra de pago para la Parte D? 17
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 17
Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa 18
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 19

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan 19
Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta 19

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 21
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 21

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 21
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Central Health San Mateo Medicare Plan, que es un HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y sus medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Central Health San Mateo Medicare Plan.

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. Central Health San Mateo Medicare Plan es un Medicare Advantage HMO Plan (HMO o Health Maintenance Organization significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de atención médica que califica (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de medidas de protección del paciente y atención médica asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica lo que debe hacer para que nuestro plan cubra sus medicamentos con receta y atención médica de Medicare. Además, explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a los servicios y la atención médica y a los medicamentos con receta que están disponibles para usted como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan.

Es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique unos momentos para examinar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Central Health San Mateo Medicare Plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario

de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Central Health San Mateo Medicare Plan, desde el 1 de enero de 2022 hasta el 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 los beneficios de Central Health San Mateo Medicare Plan después del 31 de diciembre de 2022. También podemos 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 de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el Central Health San Mateo Medicare Plan todos los años. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple los siguientes requisitos:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- vive dentro del área geográfica de servicio (la Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio).
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

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

Cuando usted se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información de los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, terapia de infusión en casa y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Central Health San Mateo Medicare Plan

Aunque Medicare es un programa federal, Central Health San Mateo Medicare Plan se encuentra disponible solo para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: San Mateo.

Si piensa trasladarse del área de servicio, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se traslade, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico 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 domicilio postal. Usted puede encontrar los teléfonos e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Central Health San Mateo Medicare Plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro basado en esta condición. Central Health San Mateo Medicare Plan puede cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención cubierta y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

NO utilice su tarjeta rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras es miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Central Health San Mateo Medicare Plan, usted deberá pagar el costo total de los servicios usted mismo. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se la pidan si necesita servicios de hospital o en un centro de cuidados paliativos o para participar en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si, mientras sea miembro del plan, utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar la tarjeta de membresía de Central Health San Mateo Medicare Plan, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de la red.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la

red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Central Health San Mateo Medicare Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla al departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedirle al departamento de Servicios para Miembros más información de nuestros proveedores de red, incluyendo sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.centralhealthplan.com. Tanto el departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

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

¿Qué son las "farmacias de la red"?

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

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

Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de farmacia*s actualizado en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacia*s. **Revise el *Directorio de farmacia*s de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Especifica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Central Health San Mateo Medicare Plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de

médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Central Health San Mateo Medicare Plan.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.centralhealthplan.com) o comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando use sus beneficios de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a entender y a llevar un registro de los pagos hechos por sus medicamentos con receta de la Parte D. A este informe resumido se le llama la *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* tiene la cantidad total que usted, otros en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total pagada por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D cada mes en que se haya usado el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información de los medicamentos que usted toma, como un aumento en el precio y otros medicamentos con gastos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Consulte con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarlo a llevar el control de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible si la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Central Health San Mateo Medicare Plan

Sección 4.1 ¿Cuál es su prima del plan?

No paga una prima mensual separada para Central Health San Mateo Medicare Plan. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser mas

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más de la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen abajo.

- Algunos miembros deben pagar **una multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente adquirieron elegibilidad o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en los que no tuvieron cobertura "acreditable" de Medicamentos Recetados. ("acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a prima mensual. del plan La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. El Capítulo 1, en la Sección 5 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción del plan.
- Algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional, conocido como Ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tuvieron ingresos brutos ajustados modificados, arriba de cierta cantidad, en su declaración de ingresos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar la cantidad estándar de la prima y este cargo adicional, que se sumará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica la IRMAA más detalladamente.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la "sanción por inscribirse tarde" en la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no tendrá que pagar 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 usted deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo Parte D ni ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos con receta médica. Una "cobertura acreditable de Medicamentos Recetados" es una cobertura que cumpla los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de

medicamentos con receta médica acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Central Health San Mateo Medicare Plan, le informaremos la cantidad de la multa. Su multa por inscripción tardía de la parte D se considera la prima de su plan.

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

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que haya adquirido elegibilidad para inscribirse. O cuente el número de meses totales en los que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si el espacio de cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2022, la cantidad promedio de la prima es de $33.37.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $33.37, lo que equivale a $4.67. Esto se redondea a $4.70. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período inicial de inscripción por envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Incluso si realiza una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **"cobertura acreditable de medicamentos"**. Tenga en cuenta:
    - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador previo, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
        - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de atención médica termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta era "acreditable" El aviso debe decir que tenía cobertura acreditable de Medicamentos Recetados que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - Las siguientes *no* son coberturas acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048. Puede comunicarse con estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un término de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía. comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para averiguar más sobre cómo hacer esto (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto extra para la Parte D de acuerdo con sus ingresos?

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años están arriba de cierta cantidad, deberá pagar la cantidad estándar de la prima y un Ajuste mensual relacionado con los ingresos, conocido también como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Pensión de Retiro del Ferrocarril, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), según lo reportó en su declaración de impuestos ante el IRS (Servicio de Rentas Internas), se encuentra sobre una cantidad determinada, usted pagará una cantidad adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad mensual que debe pagar en base a sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con un monto extra de pago para la Parte D?

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

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

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por la cobertura de su Parte D de Medicare. Si usted está obligado por ley a pagar la cantidad adicional y usted no paga, se le cancelará la membresía del plan y pierde la cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho tanto a la Parte A de Medicare como a la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) 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. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años están arriba de cierta cantidad, deberá pagar la cantidad estándar de la prima y un Ajuste mensual relacionado con los ingresos, conocido también como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima.

- **Si usted está obligado a pagar la cantidad adicional y usted no paga, se cancelará la membresía a este plan y pierde la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
- Si desea más información sobre las primas de la Parte D con base en los ingresos, diríjase al Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o comunicarse con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048. O puede comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-800-325-0778.

En su copia del manual *Medicare y usted 2022* hay información sobre estas primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare 2022”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos.

Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a inscribirse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa

Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay dos formas de pagar la multa. Puede informarnos sobre su opción de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D o cambiar su opción de pago actual comunicándose con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar por cheque

Puede decidir pagar su multa mensual por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro Plan con un cheque personal o de caja. Puede enviar su pago por correo o en persona a la siguiente dirección:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
1540 Bridgegate Drive
Diamond Bar, CA 91765

El cheque deberá ser pagadero a Central Health Medicare Plan, y no a CMS ni a HHS. El cheque se debe recibir antes del 5 de cada mes. Se aplica una tarifa de $25 por cada cheque rechazado.

Opción 2: La multa por inscripción tardía de la Parte D se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa con este método. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para ver si podemos remitirlo a programas que le ayuden con su multa. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

No. No tenemos permitido empezar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le diremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más cuando no tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable"). Esto podría suceder si se vuelve elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.

- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Este muestra su cobertura específica del plan, incluyendo a su proveedor de atención primaria/grupo de médicos/IPA.

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

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, Compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado de la atención médica) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia esta información, comuníquense con nosotros llamando al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los teléfonos e información de contacto para el 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 recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece en dicha carta, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

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

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

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de atención médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el "pagador primario" y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el "pagador secundario", solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un miembro de la familia, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o el miembro de su familia aún trabaja, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por pulmón negro
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes médicos colectivos del empleador y/o Medigap,hayan pagado.

Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Teléfonos y recursos importantes

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Información de contacto de Central Health San Mateo Medicare Plan** (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan) **25**

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

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

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se da a las personas que tienen Medicare) **37**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **38**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos) **39**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta** **41**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Pensión de Retiro del Ferrocarril** **44**

SECCIÓN 9 **¿Tiene usted un "seguro colectivo" u otro seguro médico de un empleador?** **45**

SECCIÓN 1 Información de contacto de Central Health San Mateo Medicare Plan
(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos o facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al departamento de Servicios para Miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan. Será un gusto ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. El departamento de Servicios para Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Para más información en cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de toma de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica - Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

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

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones de atención médica - Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja relacionada con su atención médica y sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica y medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Central Health San Mateo Medicare Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D que está incluido en su plan. Para más información sobre cómo solicitar decisiones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-888-728-5048 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible durante las 24 horas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible durante las 24 horas.
FAX	1-858-790-7100
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D

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

Método	Apelaciones de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-888-728-5048 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible durante las 24 horas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible durante las 24 horas.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Attention: Appeals, MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131

A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica que haya recibido

Para más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos su parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago - Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido

Para más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de una farmacia, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos su parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago - Información de contacto
FAX	1-858-549-1569
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Claims@MedImpact.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME AL	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare):** Da información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** Da información individualizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, y pólizas de Medigap (seguro suplementario a Medicare) en su área. Estas herramientas dan una *estimación* de lo que pueden ser sus costos fuera de su bolsillo en distintos planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Central Health San Mateo Medicare Plan:

Método	Medicare - Información de contacto
	• **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Central Health San Mateo Medicare Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarlo con acceso a una para visitar este sitio web. O puede comunicarse con Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Apoyo y Consejería del Seguro de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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

Los consejeros de HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de HICAP también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic **"Formularios, ayuda y otros recursos"** arriba en la parte derecha del menú
- En el menú desplegable haga clic en **"Teléfonos y sitios web"**
- Ahora tiene varias opciones
    - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**
    - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los **"TEMAS"** en el menú de abajo
    - Opción 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR.
        - Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	Programa de orientación y defensa para seguros médicos (California SHIP):
LLAME AL	**Todas las ubicaciones:** 1-800-434-0222 **Condado de San Mateo:** 650-627-9350
ESCRIBA A	**Condado de San Mateo:** 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402
SITIO WEB	**Todas las ubicaciones:** aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ **Condado de San Mateo:** www.hicapsanmateocounty.org

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

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de California)
LLAME AL	1-877-588-1123 El horario de atención es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales de 65 años o mayores, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

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

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario Específico de Medicare por bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Medi-Cal.

Método	Medi-Cal (programa de Medicaid de California) – Información de contacto
LLAME AL	**Todas las ubicaciones:** 1-916-552-9200 **Condado de San Mateo:** 1-800-223-8383
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal Eligibility Division P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417

Método	Medi-Cal (programa de Medicaid de California) – Información de contacto
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare da “Ayuda Adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus costos fuera de su bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para verificar si califica para obtener “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 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, en horario de 7 a. m. - 7 p. m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY deben comunicarse con al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si piensa que usted calificó para obtener “Ayuda Adicional” y considera que está pagando una cantidad incorrecta de gastos compartidos cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite a usted ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, entregárnosla.

- Para obtener asistencia con la obtención de evidencia de su nivel de copago adecuado, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros o al 1-866-314-2427, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Si nos llama fuera del horario de atención, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó, y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si ya tiene la evidencia, envíenos la evidencia por fax o por correo:

Fax:	1-626-388-2361
Correo postal:	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765
Correo electrónico:	memberservices@centralhealthplan.com

- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare

El Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del espacio de cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 70% dado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho por costos en el periodo del espacio de cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan hacia sus costos fuera de su bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el espacio de cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para sus costos fuera de su bolsillo.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Si llega al espacio 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, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para sus costos fuera de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período del espacio de cobertura. También, la tarifa de despacho está incluido en el costo del medicamento.

El Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que Central Health San Mateo Medicare Plan ofrece cobertura adicional de interrupción durante la Etapa del espacio de cobertura, sus costos de bolsillo a veces serán más bajos que los costos descritos aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información acerca de su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare en general, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura a través de un Programa de asistencia de medicamentos de SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos de SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos de SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre, califican para la asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta; comuníquese con el Departamento de Salud Pública de California, el Centro de Enfermedades Infecciosas, la Oficina del SIDA, el centro de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. (salvo días feriado). Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el Estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición sin seguro o con un seguro insuficiente.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar dándole ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en relación con los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo asistencia, notifíquele a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare. Llame al Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina del SIDA, centro de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. M. hasta las 5:00 p.m. (salvo días feriado).

Para obtener más información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa. Por favor llame al Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina del SIDA, centro de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. M. hasta las 5:00 p.m. (salvo días feriado).

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus costos de medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos con receta durante el espacio de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y piensa que debió haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó al período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por 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*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén

correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarlo a presentar una apelación (los teléfonos aparecen en la Sección 3 de este capítulo), o puede comunicarse con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Pensión de Retiro del Ferrocarril

La Pensión de Retiro del Ferrocarril es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Pensión de Retiro del Ferrocarril, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Pensión de Retiro del Ferrocarril, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal.

Método	Pensión de Retiro del Ferrocarril - Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 tener acceso a la Línea de Ayuda automatizada de RRB e información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del sindicato/empleador o al departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede comunicarse con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare dentro de este plan.

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

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo cubrir su atención médica como miembro de nuestro plan 49

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y "servicios cubiertos"? 49

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan 49

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 5151

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para el suministro y la supervisión de su atención médica 5151

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP? 5252

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red..... 5353

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 5454

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre. 5555

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 5555

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene necesidad urgente de obtener servicios 5656

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 5757

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos? 5858

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos 5858

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total 5858

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 5959

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio clínico de investigación"? 5959

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio clínico de investigación, ¿quién paga qué? 6060

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica" 6161

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención de la salud no médica? 6161

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención no médica 6161

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero 6262

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan? 6262

SECCIÓN 8 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 6363

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 6363

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 6363

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original? 6363

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo cubrir su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer sobre cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **"Proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para dar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **"Proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan médico de Medicare, Central Health San Mateo Medicare Plan debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Central Health San Mateo Medicare Plan cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto)**.**
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. A esto se le llama darle una "remisión". Si desea más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo)**.** En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o 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 pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. Debe obtener autorización previa de nuestro plan, o de su grupo de médicos a través de su PCP, antes de buscar atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para el suministro y la supervisión de su atención médica

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

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Los siguientes tipos de médicos están calificados para servir como su PCP: Médicos de familia, Práctica general y Medicina interna.

Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que consulte a un especialista, generalmente es necesario que su PCP primero lo apruebe (a esto se le conoce como obtener una "remisión" para un especialista). Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Sus radiografías,
- Exámenes de laboratorio,
- Terapias,
- Atención de médicos que son especialistas,
- Hospitalizaciones y
- Atención de seguimiento.

La "coordinación" de los servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Ya que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe encargarse de que le envíen todo su expediente médico anterior al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe seleccionar un grupo de médicos o Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA) de nuestro *Directorio de proveedores*. También debe seleccionar un PCP que trabaje con este grupo de médicos o IPA. Si necesita ayuda para elegir un PCP o para averiguar si el PCP que seleccionó está disponible y aceptando nuevos pacientes, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Si hay un especialista del plan u hospital en particular que quiere usar, revise primero para asegurarse de que su PCP hace remisiones a ese especialista o usa ese hospital. Su elección de PCP podría limitarlo a un grupo específico de especialistas, hospitales u otros proveedores. El nombre de su PCP y el número de teléfono del consultorio se encuentra impreso en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que usa para remisiones. Esto significa que el PCP que seleccione podría determinar los especialistas que puede ver. Por lo general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan al que su PCP actual no lo puede remitir. Si hay hospitales específicos que quiera usar, debe primero averiguar si su PCP o los médicos que consultará usan esos hospitales.

Para cambiar su PCP, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros e infórmenos que está viendo especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que requieren la autorización de su PCP (como servicios de atención médica en casa y equipo médico duradero). Si se cambia a un nuevo PCP, el departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que usted pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado obteniendo. El departamento de Servicios para Miembros también verificará que el PCP al que desea cambiarse está aceptando nuevos pacientes. El departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para reflejar el nombre de su nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigor el primer día del siguiente mes después de la aprobación de su solicitud. Se le enviará una nueva tarjeta de membresía por correo para reflejar este cambio. Lo mismo se aplica si quiere cambiar su IPA o grupos de médicos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de las mamas), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles, (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan).

- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que le ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio. Los teléfonos del departamento 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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Para algunas remisiones, su PCP necesitará la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener "autorización previa").

Es muy importante obtener una remisión (aprobación anticipada) de su PCP antes de ver un especialista del plan o ciertos otros proveedores. **Si no obtiene una remisión (aprobación anticipada) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.** Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información de los servicios que requieren autorización previa.

Si el especialista quiere que usted regrese para obtener más atención, primero verifique y asegúrese de que la remisión (aprobación anticipada) que le dio su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista. Es posible que el PCP deba obtener autorización previa para la atención de seguimiento con el especialista.

Si hay especialistas específicos que quiera consultar, averigüe si su PCP remite pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que usa para remisiones. Esto significa que el PCP que seleccione podría determinar los especialistas que puede ver. Por lo general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan al que su PCP actual no lo puede remitir. Si quiere usar un hospital específico, debe primero averiguar si su PCP o los médicos que consultará usan esos hospitales.

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

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

dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le demos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una anticipación mínima de 30 días que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de atención médica no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.

Para obtener asistencia, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red bajo circunstancias limitadas, solo si los servicios son beneficios cubiertos y médicamente necesarios. El proveedor fuera de la red debe participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no participa en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que recibe. Consulte con el proveedor antes de obtener la atención para confirmar que éste no se ha excluido de Medicare.

Los siguientes son ejemplos de servicios que puede obtener de proveedores fuera de la red:

- Atención de emergencia o atención urgentemente necesaria
- Cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare

Si usa un proveedor fuera de la red para la atención médica de emergencia, atención urgentemente necesaria o diálisis fuera del área, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red, usted es responsable de comunicarse con el plan para obtener autorización previa para buscar atención fuera de nuestra red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención 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 normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación o remisión previa de su **PCP**.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención médica de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Consulte la información que se incluye al reverso de su tarjeta de membresía para obtener instrucciones específicas y el número de teléfono apropiado al cual llamar.

¿Qué está cubierto si tuene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Usted puede solicitar un reembolso por atención médica de emergencia y servicios necesarios con urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios hasta de $50,000 cada año. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención médica. Dichos

médicos decidirán cuándo su condición ya sea estable y cuándo la emergencia médica haya terminado.

Después de que la emergencia ya no existe, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si quienes dan la atención médica de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar para recibir atención médica de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos servicios adicionales *únicamente* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- *– o –* la atención adicional que recibe se considera "servicios necesarios con urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios necesarios con urgencia (si desea más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios necesarios con urgencia"?

Los "servicios necesarios con urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La condición imprevista puede ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una condición conocida que usted padece.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

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

Si necesita atención de urgencia, debe llamar primero a su PCP, siempre que sea posible, o acudir a un centro de atención de urgencia.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

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

Nuestro plan cubre servicios mundiales de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:

- Usted cree razonablemente que los servicios que recibe son para una lesión o condición grave que requiere atención inmediata;
- Usted paga por adelantado por los servicios;
- Usted presenta una solicitud de reembolso con un recibo o prueba de pago y copias de la documentación médica en inglés.

Le reembolsaremos hasta $50,000 por año. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el sitio web www.centralhealthplan.com para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia que fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información adicional.

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

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

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Central Health San Mateo Medicare Plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios aparecen en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubra, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que los obtenga. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quieres decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Para cubrir los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. La cantidad que usted paga una vez que llega al límite de beneficios no cuenta para su máximo de costos fuera de su bolsillo. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también un "ensayo clínico") es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de buscar voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el mismo y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos *y* además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto), para informarles que estará participando en un ensayo clínico y para averiguar información más específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Alojamiento y comida por una estancia en el hospital que Medicare pagaría, aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

> *Abajo, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido:* Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente**:

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se hagan tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web para leer o descargar la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica". (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica"

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

Una institución religiosa para la atención no médica es un centro que da atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médica dados por instituciones religiosas no médicas para atención médica.

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención no médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es "no obligatorio".

- Atención médica o tratamiento médico que "no es obligatorio" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico "obligatorio" es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra la atención médica que recibe de una institución religiosa para la atención no médica, esta atención debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que dé la atención médica debe estar certificada por Medicare.

- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención médica.
- Si esta institución le da servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención en el hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - *– y –* debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que le admitan al centro o su estancia no estará cubierta.

Las mismas reglas de cobertura para los límites como paciente hospitalizado de Medicare aplican para las instituciones religiosas de atención de la salud no médica. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan, usted, por lo general, no tendrá posesión de los artículos de equipo médico duradero (DME) alquilados, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuáles documentos debe dar.

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

Si no obtuvo la propiedad de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original para que sea propietario del artículo. Los pagos que haya hecho cuando estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer

13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de regresar a Medicare Original para tener la posesión del artículo. No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Medicare Original.

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

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Central Health San Mateo Medicare Plan cubrirá:

- Alquiler de equipo para oxígeno
- Envío de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios para oxígeno relacionados para el envío de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo para oxígeno

Si deja el Central Health San Mateo Medicare Plan o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, deberá devolver el equipo de oxígeno al propietario.

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

Su costo compartido de la cobertura de equipo para oxígeno de Medicare es el 10% de coseguro, mensual.

Si después de 5 años está inscrito en Central Health Medicare Plan, la cantidad del coseguro no cambiará y usted será responsable del costo del coseguro del 10% por mes.

Si antes de inscribirse en Central Health San Mateo Medicare Plan había pagado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su gasto compartido en Central Health San Mateo Medicare Plan es un coseguro del 10%.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Central Health San Mateo Medicare Plan, únase a Central Health San Mateo Medicare Plan por 12 meses y luego regrese a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Central Health San Mateo Medicare Plan y luego regresa a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos fuera de su bolsillo para servicios cubiertos 6767

Sección 1.1 Tipos de costos fuera de su bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos 6767

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 6767

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos 6868

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 6969

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 6969

SECCIÓN 3 ¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan? 114114

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones) 114114

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos fuera de su bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos fuera de su bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos fuera de su bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos que recibe. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información sobre los copagos.)
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar fuera de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima fuera de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan, lo máximo que deberá pagar fuera de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2022 será $999. Las cantidades que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuentan para esta cantidad máxima de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de costos fuera de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan

para su cantidad máxima fuera de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a la cantidad máxima fuera de su bolsillo de $999, ya no tendrá que pagar más costos fuera de su bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan, una protección importante que tiene es que solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le "facturó saldos", comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Central Health San Mateo Medicare Plan y lo que usted paga fuera de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama darle una "remisión". En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en *cursiva*.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2022*. Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted.

- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si lo diagnostican con una de las condiciones crónicas que se indican abajo y cumple algunos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.
    - Las enfermedades crónicas que califican son: Trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedades de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica, trastorno tromboembólico venoso crónico), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), demencia, diabetes y derrame cerebral
    - Su elegibilidad se determinará basado en la confirmación que den sus proveedores de atención médica del diagnóstico que lo califica.
- Vea la fila "Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas" en la Tabla de beneficios médicos de abajo para obtener más información.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada, o especialista en enfermería clínica.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja* Los servicios cubiertos incluyen: La cobertura incluye hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define como dolor que: • Dura 12 semanas o más;	No hay coseguro, copago, ni deducible para el tratamiento de acupuntura.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
***Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja* (continuación)** • No específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con operaciones; y • No está asociado con un embarazo. En los pacientes en que se observe una mejora, podrían cubrirse ocho semanas más de tratamiento. No se administrarán más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento se debe descontinuar si el paciente no está mejorando o está retrocediendo. Requisitos del proveedor: Los médicos, como está definido en la Sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para hacer acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja* (continuación) El personal auxiliar que aplica acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27. Además, tiene cubiertos hasta 24 tratamientos de acupuntura para cualquier condición cada año a través de la cobertura suplementaria del plan.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede dar atención si se trata de un miembro para cuya condición médica se contraindica cualquier otro medio de transportación (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. **La transportación que no es de emergencia en ambulancia es apropiada si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transportación están contraindicados y dicha transportación en ambulancia es médicamente requerida.**	Usted paga $75 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare, por un viaje de ida. Usted paga 20% de coseguro por los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare, por un viaje de ida. El copago no se aplicará a un traslado que no es de emergencia, programado entre dos instituciones, incluyendo: • Entre hospitales de atención aguda • Entre centros de enfermería especializada • De un hospital de atención aguda a un centro de enfermería especializada

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Consulta de bienestar anual Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una consulta anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su consulta de prevención "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.
Medición de la masa de los huesos Para las personas que cumplan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa de los huesos o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa de los huesos, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medición de la masa de los huesos cubierta por Medicare
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca incluyendo ejercicios, educación y orientación que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	No hay coseguros, copago, ni deducible por servicio para los Servicios de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare y los Servicios de rehabilitación cardiaca intensiva cubiertos por Medicare.
Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares
Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Prueba de detección de colonoscopía (o prueba de detección de enema con bario como alternativa) cada 24 meses. El plan solo cubre una prueba de detección de enema de bario si obtiene la autorización previa del Plan. Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopía preventiva	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios dentales* En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Nosotros cubrimos: • Servicios dentales preventivos incluyendo exámenes bucales, profilaxis (limpiezas), tratamiento con flúor y radiografías dentales. • Servicios dentales integrales, incluyendo de diagnóstico, restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras operaciones bucales/maxilofaciales y otros servicios. ○ Las prótesis maxilofaciales, los servicios de implantes y la ortodoncia no están cubiertos. Aplican limitaciones y exclusiones; para obtener más información consulte el sitio web de Delta Dental en www.deltadentalins.com/centralhealth.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los siguientes servicios dentales preventivos: • Procedimientos bucales ilimitados • 2 profilaxis (limpieza) cada año • 2 tratamientos con flúor cada año • 2 radiografía dental cada año Usted paga los copagos aplicables para los servicios odontológicos integrales ilimitados (de restauración, prostodoncia, otras operaciones bucales/maxilofaciales y otros servicios) mencionados en el sitio web de Delta Dental en www.deltadentalins.com/centralhealth.
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de la depresión.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de anormales niveles de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare
Servicios y suministros para capacitación del autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para los suministros y servicios para diabetes cubiertos por Medicare y para los zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes cubiertos por Medicare. Usted debe recibir sus suministros para diabetes por pedido por correo a través de Mini Pharmacy. Los medidores de glucosa se limitan a los siguientes medidores de Arkray: GLUCOCARD® Shine y GLUCOCARD® Expression. GLUCOCARD® Expression estará disponible para las personas que requieren un sistema de control con audio (español e inglés). No hay coseguro, copago, ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Encuentre la definición de "Equipo médico duradero" en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas eléctricos para colchones, los suministros para la diabetes, las camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, las bombas de infusión intravenosa, los dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, los nebulizadores y los andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.	No hay coseguro, copago ni deducible para los bastones, inodoros portátiles, muletas, andadores y accesorios cubiertos por Medicare. Usted paga 20% de coseguro por los dispositivos y accesorios de asistencia ventricular, los dispositivos y accesorios generadores de habla, los electroestimuladores y accesorios y los dispositivos de movilidad motorizados (incluyendo sillas de ruedas, scooters) y accesorios cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 10% por el resto de DME cubierto por Medicare.
Atención de emergencia la atención médica de emergencia se refiere a los servicios que: • Son dados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y • Son 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 medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.	Paga un copago de $75 por los servicios de emergencia cubiertos por Medicare. Este copago se exonera si usted es admitido en el hospital como paciente hospitalizado o bajo observación dentro de las siguientes 24 horas por la misma condición. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, *O BIEN*, debe recibir autorización del plan para la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia (continuación) El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red es el mismo que para esos mismos servicios cuando se prestan dentro de la red. Reembolsamos hasta $50,000 por año en atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se hubieran aplicado si los mismos servicios se hubieran dado dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Usted debe presentar ante Central Health San Mateo Medicare Plan un resumen del alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, en inglés y en dólares americanos, para reembolso. Revisaremos la documentación para necesidad médica y adecuación antes de hacer el reembolso. Podríamos no reembolsarle por todos los costos fuera de su bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá presentar una traducción certificada. Si la factura de pago no es en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará de acuerdo con la tasa de cambio al momento de procesar el cheque. Los pagos se ofrecen solo en dólares estadounidenses. Las tarifas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otros honorarios no médicos no son reembolsables.	Usted paga por la atención de urgencia y de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios y nosotros le reembolsaremos hasta $50,000 por año.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Programas de educación de salud y bienestar* Cubrimos diferentes programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de nuestros miembros. comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. • Beneficio de acondicionamiento físico: le reembolsaremos los gastos de acondicionamiento físico que califiquen hasta $50 por mes, sujeto a la aprobación del plan. Consulte la Guía de acondicionamiento físico 2022 para obtener detalles adicionales sobre los gastos calificados y las exclusiones, o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información. Alternativamente, puede usar su asignación mensual para solicitar equipos de acondicionamiento físico del catálogo de pedidos por correo del Plan.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico.
Servicios de audición* Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las da un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Los beneficios adicionales incluyen: • Un examen de la audición de rutina cada año. Un examen de audición de rutina es cualquier examen anual para evaluar cualquier pérdida o deterioro de la audición y sin conexión con cualquier pérdida o impedimento auditivo actual. • Una adaptación/evaluación de audífonos cada año • Central Health San Mateo Medicare Plan cubrirá un límite hasta de $2,000 para audífonos cada año. Esta cantidad se puede usar para un oído o dos oídos. Usted es responsable por cualquier	No hay coseguro, copago, ni deducible para el diagnóstico de la audición y evaluaciones de equilibrio cubiertas por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible por el examen de la audición de rutina y la adaptación/evaluación del audífono. No hay coseguros, copago, ni deducible por audífonos. Usted es responsable por el pago de cualquier cantidad sobre el límite de $2,000.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
cantidad más allá de este límite. Debe obtener sus audífonos de un proveedor de NationsHearing. Llame a NationsHearing al 1-877-391-3823 o comuníquese con ellos a través del sitio web Yourhearingbenefit.com/CentralHealth	
Pruebas de detección del VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención de una agencia de atención médica en casa Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de atención médica en casa y ordenar que esos servicios los dé una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de salud el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar en total menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de atención médica en casa cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o agentes biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para la infusión en casa incluyen el medicamento (como antivirales, inmunoglobulina), equipo (como una bomba) y suministros (como tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, prestados según un plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para hacer la terapia de infusión en casa y medicamentos de infusión en casa proporcionados por un proveedor de terapia de infusión en casa	Usted paga el 20% de coseguro por la terapia de infusión en casa cubierta por Medicare.
Atención en un centro de cuidados paliativos Debe recibir atención médica de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Central Health San Mateo Medicare Plan.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación) Para los servicios de hospicio que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará a Medicare Original las facturas de los servicios por los que Medicare Original paga. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si usted necesita los servicios que no son urgentemente necesarios o no son de emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa por servicio (Medicare Original) Para los servicios que están cubiertos por Central Health San Mateo Medicare Plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Central Health San Mateo Medicare Plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura según la Parte A o B, ya sea que estén relacionados a su pronóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)* **Nota:** Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente admitido en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente hospitalizado. No hay límite para el número de días adicionales cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas 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 las salas de operaciones y de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Usted paga: • Días 1 al 5: $100 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: $0 de copago • Días 91 en adelante: $0 de copago Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que haya terminado un período de beneficios, entonces comienza un nuevo período de beneficios. Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Central Health San Mateo Medicare Plan presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte de usted y un acompañante. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta que se utiliza. • Servicios de médicos **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o externo, debe preguntárselo al personal del hospital.	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 comunicarse con el 1-877-486-2048. Puede comunicarse con estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. • Hay un límite de por vida de 190 días para estancias en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. El límite de 190 días no aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados dados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. • Además, cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son "adicionales" a los días que cubrimos. Si su estancia en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero, una vez que haya usado los 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días por período de beneficios. • Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarnos que usted ingresará al hospital.	Usted paga: • Días 1 al 7: $250 de copago por cada período de beneficios • Días 8 al 90: $0 de copago • Días 91 en adelante: $0 de copago por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida). Una vez que se hayan utilizado los días de reserva de por vida, pagará todos los costos después del día 90 por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que haya terminado un período de

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
	beneficios, entonces comienza un nuevo período de beneficios.
Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y órtesis (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste,	Los servicios indicados se cubrirán a una tarifa de paciente ambulatorio. Para averiguar cuánto tiene que pagar para recibir los servicios indicados, busque los servicios correspondientes en esta Tabla de beneficios médicos.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional	
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico. Cubrimos 3 horas de orientación individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes médicos de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos	Paga un coseguro del 20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se auto administra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro de cirugía ambulatoria. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Algunos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. • El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Pruebas de detección y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.
Servicios de un programa de tratamiento por opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería por el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo	Usted paga un copago de $5 por servicios del programa de tratamiento por opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
• Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluyendo suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta que se utiliza. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de radiografías cubiertos por Medicare. Paga un copago de $50 por los servicios radiológicos de diagnóstico, como tomografía computarizada (CT), IRM (MRI), etc., cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% por los Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% por los Dispositivos de asistencia ventricular cubiertos por Medicare y los accesorios relacionados. Paga un coseguro del 10% por todos los otros suministros médicos cubiertos por Medicare No hay coseguro, copago, ni deducible para Procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare y los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de transfusión de sangre para paciente ambulatorio cubiertos por Medicare comenzando por la primera pinta.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 comunicarse con el 1-877-486-2048. Puede comunicarse con estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	Por lo general, no hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios hospitalarios como paciente ambulatorio cubiertos por Medicare. Sin embargo, podrían aplicar copagos o coseguros adicionales si ciertos servicios se reciben durante la misma consulta. Paga un copago de $75 por los servicios de emergencia cubiertos por Medicare. Este copago se exonera si usted es admitido en el hospital como paciente hospitalizado o bajo observación dentro de las siguientes 24 horas por la misma condición. No hay coseguro, copago, ni deducible para Procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare y los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga $40 de copago por día por hospitalización parcial cubierta por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de radiografias cubiertos por Medicare. Paga un copago de $50 por los servicios radiológicos de diagnóstico, como tomografía computarizada (CT), IRM (MRI), etc., cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% por los Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% por los Dispositivos de asistencia ventricular cubiertos por Medicare y los accesorios relacionados.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 comunicarse con el 1-877-486-2048. Puede comunicarse con estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Paga un coseguro del 10% por todos los otros suministros médicos cubiertos por Medicare Paga un coseguro del 20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un asistente médico, u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.	Usted paga $5 de copago por sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y los Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de terapia física y patología del habla y el lenguaje cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: tratamiento de abuso de alcohol y abuso de sustancias de una clínica o departamento del hospital para pacientes ambulatorios.	Usted paga $5 de copago por sesiones grupales o individuales cubiertas por Medicare.
Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios dados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio o interno. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le ingrese en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a operaciones quirúrgicas ambulatorias. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio".	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de cirugía como paciente ambulatorio en un centro hospitalario para paciente ambulatorio cubiertos por Medicare.
Artículos sin receta* Usted recibe un beneficio de asignación trimestral para comprar artículos sin receta (OTC) a través del servicio de pedido por correo. El beneficio está limitado a los artículos en el Catálogo de beneficios de OTC. Usted está cubierto por un máximo de $125 cada tres (3) meses (trimestralmente) para artículos sin receta (OTC). La asignación trimestral no se trasladará al siguiente período trimestral. Para obtener más información consulte el Catálogo de beneficios de OTC.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los artículos OTC.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de hospitalización parcial	
"Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	Usted paga $40 de copago por día por hospitalización parcial cubierta por Medicare.
Sistema de respuesta de emergencia personal*	
Es posible que califique para recibir un dispositivo personal que pueda avisar al personal médico apropiado en caso de una emergencia médica. Para calificar, debe tener una historia de caídas además de uno de los siguientes diagnósticos que un proveedor de atención médica haya documentado: • Insuficiencia cardíaca • Diabetes con neuropatía o retinopatía • Osteoporosis con una historia de caídas o fracturas • Demencia • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad de Alzheimer • Fibrilación auricular • Derrame cerebral con efectos residuales • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Convulsiones Además, debe haber visitado a su PCP, proveedor de cuidado de la salud, o haber tenido una visita virtual en el transcurso de los últimos 6 meses y debe tener un teléfono inalámbrico o una línea fija en casa. Favor de comuníquese con el departamento de	No hay coseguro, copago, ni deducible por el sistema de respuesta ante emergencias personales.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios para Miembros para obtener más información.	
Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cirugía o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo por su PCP *O* un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud adicionales, incluidos los servicios de médico de atención primaria y los servicios de salud mental. o Tiene la opción de recibir estos servicios en una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. o Para acceder a su beneficio de telesalud, comuníquese con su PCP para ver si la consulta debe hacerse en persona o por telemedicina con un médico en su consultorio. Puede seguir las instrucciones del PCP sobre cómo tener acceso a su proveedor de telemedicina individual. En caso de que el PCP no ofrezca los servicios de telemedicina o si no logra comunicarse con su PCP, puede usar Teladoc, que le permite consultar a un médico de Teladoc para servicios de atención médica primaria y salud mental. Puede iniciar una solicitud de una cita en Teladoc desde una computadora, una tableta o un teléfono inteligente, los	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de médico de atención primaria cubiertos por Medicare. Usted paga $5 de copago por visita por los servicios de un médico especialista (excluyendo los servicios psiquiátricos). No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de telesalud para los servicios de médico de atención primaria y los servicios de médico especialista. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de cirugía como paciente ambulatorio en un centro hospitalario para paciente ambulatorio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
7 días de la semana. Al iniciar, deberá seleccionar un proveedor, y después la fecha y la hora. Las citas pueden ser urgentes o programadas. En la fecha y hora programadas, puede interactuar por teléfono o video con un médico autorizado en el estado desde el que está llamando. Para obtener más información, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en casa en un centro de diálisis renal hospitalario o un centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, un centro de diálisis renal o la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico por 5-10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La revisión no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La revisión no da lugar a una consulta en el consultorio en las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible • Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por su médico en las siguientes 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio en las siguientes 24 horas o la cita más cercana disponible • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los da un médico)	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	No hay coseguro, copago, ni deducible por consulta para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas u operación de cataratas - consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para más detalles.	Paga un coseguro del 20% por los Dispositivos cocleares, electroestimuladores, órtesis/prótesis controladas por microprocesadores/electrónicamente cubiertos por Medicare y los accesorios relacionados. Paga un coseguro del 10% por todos los otros dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros relacionados. Usted paga un coseguro del 20% por los dispositivos de asistencia ventricular y los accesorios relacionados cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 10% por todos los demás suministros médicos cubiertos por Medicare. Si se implanta un dispositivo protésico, se cubrirá bajo el procedimiento quirúrgico sin costo adicional para usted.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar emitida por el médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica.	No hay coseguros, copago, ni deducible por servicio para los Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Detección y orientación para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que abusan del consumo de alcohol, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y la orientación para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas que tienen entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante, al menos, 30 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una consulta de orientación sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden proporcionar una consulta de orientación sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay copago, coseguro ni deducible para la consulta de orientación y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Cubrimos pruebas de detección para las enfermedades de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI. Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas son ordenadas por un Proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de orientación conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3)	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Paga un coseguro del 20% por los Servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en casa (como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "Atención en un centro de enfermería especializada", consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces "SNF"). Usted está cubierto hasta de 100 días en cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla	No hay coseguro, copago ni deducible para los días 1 al 20 de cada estancia cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada. Usted paga $100 de copago por los días 21 a 65. No hay coseguro, copago, ni deducible para los días 66 a 100. Usted pagará todos los costos por cada día después del día 100 en el período de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/profesional Generalmente, recibirá su atención de SNF de centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran abajo, es posible que pueda pagar costos compartidos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital.	Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que haya terminado un período de beneficios, entonces comienza un nuevo período de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) Si usted fuma o usa tabaco, pero no tiene indicios o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Si utiliza tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para personas con una condición médica crónica Los miembros con una condición médica crónica elegibles pueden usar 24 viajes de ida (hasta de 50 millas de distancia) para ir y venir de los supermercados, gimnasios y centros para personas de la tercera edad. Los miembros con insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) también son elegibles para una pesa de baño al año. Los miembros elegibles para SSBCI pueden pedir una caja de comestibles cada mes a través del catálogo de pedidos por correo del plan. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el transporte que no es médico. No hay coseguro, copago ni deducible para las pesas de baño. No hay coseguro, copago ni deducible por la entrega de una caja de comestibles por mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicio supervisada (SET) cubierta por Medicare para los servicios de la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Transportación (rutina)*	
Usted recibe viajes ilimitados de transporte, que no sean de emergencia, a través de proveedores de transporte contratados hacia lugares aprobados por el plan para recibir servicios de atención médica de proveedores dentro de la red. Hay un límite de 50 millas por viaje. Los medios de transportación incluyen taxi y camioneta. La transportación debe programarse al menos dos (2) días hábiles antes de la cita programada para garantizar la disponibilidad. Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros para programar una cita. Las cancelaciones deben notificarse al departamento de Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de la hora de recogida para evitar que se reste de su beneficio de transportación.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los viajes ilimitados de ida y vuelta en taxi o camioneta a lugares aprobados por el plan (hasta de 50 millas de distancia) cada año.
Servicios necesarios con urgencia	
Los servicios necesarios con urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. El costo compartido por los servicios necesarios con urgencia que se prestan fuera de la red es el mismo que para esos mismos servicios cuando se prestan dentro de la red. Reembolsamos hasta $50,000 por año en atención de emergencia y atención de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se hubieran aplicado si los mismos servicios se hubieran dado dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios necesarios con urgencia cubiertos por Medicare. Usted paga por la atención de urgencia y de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios y nosotros le reembolsaremos hasta $50,000 por año.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios necesarios con urgencia (continuación) Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Usted debe presentar ante Central Health San Mateo Medicare Plan un resumen del alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, en inglés y en dólares americanos, para reembolso. Revisaremos la documentación para necesidad médica y adecuación antes de hacer el reembolso. Podríamos no reembolsarle por todos los costos fuera de su bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá presentar una traducción certificada. Si la factura de pago no es en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará de acuerdo con la tasa de cambio al momento de procesar el cheque. Los pagos se ofrecen solo en dólares estadounidenses. Las tarifas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otros honorarios no médicos no son reembolsables.	
Atención de la vista* Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la visión de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años	No hay coseguro, copago, ni deducible para los exámenes de la visión cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago, ni deducible para los exámenes de la visión de rutina cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Atención de la vista* (continuación) • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). • Un examen de rutina de la visión todos los años. Un examen de rutina de la visión es un examen para evaluar cualquier pérdida o deterioro de la visión cada año y sin relación con ninguna pérdida o impedimento de la visión actual. • Asignación para anteojos por un par de anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto de un proveedor de la red hasta de $300 al año. Usted es responsable por cualquier cantidad más allá de la asignación.	

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Consulta de prevención "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta de prevención única de "Bienvenido a Medicare." La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita. **Importante:** Cubrimos la consulta de prevención de "Bienvenido a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su consulta de prevención de "Bienvenido a Medicare."	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de prevención de "Bienvenido a Medicare"

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

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

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

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro abajo, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en La Tabla de beneficios médicos o en la tabla que aparece a continuación.

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
El cuidado de compañía es atención presta en un centro de atención residencial, hospicio o en otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.		✓ Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Honorarios de los servicios de emergencia	✓	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Entrega de comidas en su hogar	✓	
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los que están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
La queratotomía radial, la cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente no están cubiertas bajo el beneficio de la visión complementario del Plan.	✓	
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		✓ Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención de rutina de los pies		✓ Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare, (p. ej., si usted tiene diabetes).
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ..... 121~~121~~

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D ..... 121~~121~~

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D ..... 122~~122~~

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan .... 123~~123~~

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red 123~~123~~

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red ..... 123~~123~~

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de envío por correo del plan ..... 124~~124~~

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos? 126~~126~~

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? ... 126~~126~~

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ..... 127~~127~~

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ..... 127~~127~~

Sección 3.2 Existen seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos ..... 128~~128~~

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ..... 129~~129~~

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ..... 129~~129~~

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ..... 129~~129~~

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ..... 130~~130~~

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos? ..... 131~~131~~

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto? ..... 131~~131~~

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto ..... 131~~131~~

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? ..... 132~~132~~

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto? ..... 134~~134~~

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? ..... 135~~135~~

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ..... 135~~135~~

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? ..... 136~~136~~

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ..... 137~~137~~

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ..... 137~~137~~

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica ..... 139~~139~~

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía ..... 139~~139~~

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted? ..... 139~~139~~

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ..... 140~~140~~

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan? ..... 140~~140~~

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)? ..... 140~~140~~

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados? ..... 141~~141~~

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 142~~142~~

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos ..... 142~~142~~

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura ..... 142~~142~~

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos ..... 143~~143~~

Sección 10.3 Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ..... 144~~144~~

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

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un documento separado llamado "Anexo de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también conocido como "Anexo de subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros y pida el "Anexo LIS". (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Central Health San Mateo Medicare Plan también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le dan durante las estancias cubiertas en el hospital o en un centro de servicios de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos incluyendo ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le indica los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estancia en el centro de enfermería especializada u hospital cubierto, así como sus beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal ni con las condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios del 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 más información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección de hospicios, Capítulo 4. (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y de Medicare Original.

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado/a para emitir recetas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que las llame o que vaya a una consulta, debe consultarles a las personas que le escriben recetas si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que receta envíe la documentación necesaria que se procesará.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de medicamentos)» del plan. (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

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

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en las farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.centralhealthplan.com), o comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta médica al proveedor o puede solicitar que su receta médica se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede recibir la ayuda de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o puede utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

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

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de envío por correo se indican con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

Cuando utiliza nuestro servicio de envío por correo del plan, debe solicitar un **suministro para 100 días.**

Para recibir formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite a nuestro proveedor de pedidos por correo, MedImpact Direct, para recibir los formularios de pedidos y volver a surtir sus recetas. Su sitio web es www.medimpactdirect.com. Si necesita su medicamento de inmediato, solicite dos recetas médicas de su proveedor: una receta médica para un suministro de 30 días que se puede surtir en una farmacia minorista y una para un suministro de 100 días con tres nuevos surtidos (o la cantidad máxima permitida por su plan) para enviar por correo a MedImpact Direct. También puede seleccionar una opción de envío urgente por una tarifa adicional.

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en menos de 10 días. Nuestras farmacias a menudo pueden enviar pedidos de nuevos surtidos el mismo día hábil, pero

los pedidos pueden demorar hasta 7-10 días desde la fecha en que recibimos su pedido. Ofrecemos muchas opciones cómodas para nuevos surtidos para garantizar que usted reciba su medicamento lo más rápido posible. También puede darle seguimiento a su pedido en línea o comunicarse con el personal de farmacia de MedImpact Direct para recibir asistencia. Si necesita el envío antes, entonces puede seleccionar nuestra opción de envío urgente por una tarifa adicional. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si tiene alguna demora o preocupación con su receta, MedImpact Direct se comunicará con usted mediante una llamada telefónica manual o mediante avisos automáticos. Si su pedido se retrasa, aún puede obtener su medicamento en la farmacia de minorista local de la red. Para recibir asistencia, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá automáticamente y entregará las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin revisar con usted antes, si:

- Usted usó anteriormente servicios de pedido por correo con su plan, o
- Se registró para entrega automática de nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede pedir entrega automática de todas las nuevas recetas ahora y en cualquier momento si se registra como paciente con MedImpact Direct Mail.

Si recibe una receta automáticamente por correo que usted no desea, y si no se comunicaron con usted antes de enviarla, usted puede ser elegible para un reembolso.

Si usó anteriormente los servicios de pedido por correo y no desea que la farmacia surta automáticamente y envía cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a MedImpact Direct Mail al 855-873-8739.

Si nunca usó nuestra entrega de pedido por correo o si decide suspender los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si quiere que surtan el medicamento y lo envíen inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Para cancelar sus entregas automáticas de nuevas recetas que se reciban directamente de la clínica de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a MedImpact Direct Mail al 855-873-8739.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para nuevos surtidos, comuníquese con su farmacia 10 días antes del día en que se le acabarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que le envíen su próximo pedido a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de indicarle a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted. Para recibir asistencia, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro de largo plazo de medicamentos (también llamado "suministro extendido") de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada). Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de envío por correo se indican con "NM" en nuestra Lista de medicamentos. Cuando utiliza nuestro servicio de envío por correo del plan, debe solicitar un suministro para 100 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, abajo, se encuentran las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que atienda las 24 horas.
- Usted está tratando de surtir un medicamento cubierto del que no hay existencias de manera regular en una farmacia de pedidos por correo o de venta minorista de la red accesible. El medicamento es un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado que generalmente no se almacena en la mayoría de las farmacias.
- Usted está recibiendo una vacuna que es médicamente necesaria, pero no está cubierta por la Parte B de Medicare y algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

En estas situaciones, **consulte primero con el departamento de Servicios para Miembros** para ver si existe una farmacia de la red cerca. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) al momento de surtir su receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

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

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

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

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

Los medicamentos en la Lista de medicamentos incluyen solamente los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este capítulo explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado).
- *o,* respaldado por algunas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y con frecuencia cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos sin receta

Nuestro plan cubre determinados medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan tan bien como estos últimos. Para obtener más información, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- Nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 incluye medicamentos de nivel de especialidad. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 incluye medicamentos para diabéticos selectos.

Para averiguar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Tiene dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (www.centralhealthplan.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
2. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o solicite una copia de la lista. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo

funcione tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También debemos cumplir las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el 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 nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las maneras más efectivas. Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos indica la razón médica por la que el medicamento genérico no le va a funcionar *O* escribe "No sustituciones" (sin sustituciones) en su receta médica para un medicamento de marca *O* nos indicó la razón médica por la que ni un medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma condición funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como **"autorización previa"**. Algunas veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado sirve para fomentar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe 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 **"terapia en pasos"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener al limitar cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.centralhealthplan.com).

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 existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones.)

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

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

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor

piensan que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea. O, es posible que existan límites sobre la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) cubierto durante un período determinado de tiempo. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de seis niveles de costo compartido diferentes. Cuánto paga por su receta médica depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para tener el medicamento cubierto.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

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

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando ya no está en la Lista de medicamentos del plan.
- -- *o* -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este capítulo le explica las restricciones).

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

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

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, le permitiremos surtir varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. esto es además de la situación de suministro de transición temporal que se indica arriba.

- **Para los miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención que reciben, o se les que requiera que sean trasladados de un centro o tratamiento a otro.**

  Nosotros cubriremos un suministro por 30 días, o menos, si su receta médica es por menos días, independientemente de si usted está dentro de sus primeros 90 días de inscripción.

Para solicitar un suministro temporal, puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. Usted puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

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

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que también podría funcionarle. Usted puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre 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 podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de una cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo)**.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. abajo, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. Puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura afectan de inmediato a su medicamento?

Cambios que le pueden afectar ese año: En los casos abajo, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico reemplaza a 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)**
    - Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe darle aviso al menos con 30 días de anticipación al cambio o avisarle del cambio y darle un nuevo surtido de 30 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
    - Después de que reciba aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a uno diferente que cubramos.
    - O, usted o la persona que receta pueden pedirle al plan que haga una excepción y continuar con la cobertura del medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento podría retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios con base en las advertencias en caja de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso del cambio al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y o darle un nuevo surtido de 30 días del medicamento que está tomando, en una farmacia de la red.
- Después de que reciba aviso del cambio, debe trabajar con quien emita la receta para cambiar al medicamento diferente que cubramos.
- O, usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a medicamentos en la en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si continúa en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. No recibirá aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que revise la Lista de medicamentos del año nuevo de beneficios para ver si hay algún cambio a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección (excepto por determinados medicamentos excluidos que se cubren dentro de nuestra cobertura ampliada de medicamentos). La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (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).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo 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 generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El "uso para indicaciones no autorizadas" es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos.
    - Por lo general, la cobertura para el "uso para indicaciones no autorizadas" se permite solo cuando el uso está respaldado por algunas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el "uso para indicaciones no autorizadas".

Además, de acuerdo con la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, para lo que se le puede cobrar una prima adicional. Se da más información a continuación).

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos sin receta)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual

- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta normalmente no cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos que cubrimos, incluyendo los límites en la cobertura, vaya al Capítulo 6, Sección 8.1, en este folleto. La cantidad que paga cuando surte una receta de estos medicamentos no cuenta para hacerle elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto).

Además, si está **recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare** para pagar sus recetas médicas, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros si desea más información. Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los teléfonos e información de contacto de Medicare en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de costo compartido del costo de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan cuando llena su prescripción, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo**. (Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si se le admite a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla todas las normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingrese, viva o salga de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente.)

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

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

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

¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **surtido temporal** de su medicamento durante los primeros

90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro para 31 días como máximo o menos si la receta médica está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede dar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

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

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es **“acreditable”**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

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

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, medicamentos laxantes o medicamentos contra el dolor que no estén cubiertos por su hospicio porque no se relacionan con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea de quien le escribe las recetas médicas o de su hospicio, en la que se explique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a quien le escribe las recetas médicas que se asegure de que recibamos la notificación en la que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta médica.

Si usted revocara su elección del hospicio o si fuera dado de alta de dicho lugar, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del hospicio de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o su condición de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D; el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada. 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 médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo

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

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 con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que nos ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que la forma en que usa los medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta no es segura, podemos limitar la manera como puede obtener esos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser:

- Requerirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en farmacias específicas
- Requerirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas con médicos específicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiacepina que le cubriremos.

Si creemos que una o más de estas limitaciones debería aplicarse a usted, le enviaremos una carta. Esta carta tendrá información que explica las limitaciones que pensamos deben aplicarse a usted. Usted también tendrá oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo hacer un uso inadecuado de los medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona que le receta tienen derecho a presentarnos una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor

independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse presentar una apelación.

El DMP podría no aplicarse para usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Estes programas son voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Un programa se llama programa de manejo de tratamiento farmacológico (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y los medicamentos sin receta. Usted recibirá un resumen por escrito de esta revisión. El resumen tiene un plan de acción médico que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos y tendrá espacio para que usted haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta que tenga de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de su consulta anual de “Bienestar”, para poder hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve consigo, además, su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con sus documentos de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 148148

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 148148

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar fuera de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 149149

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué "etapa de pago de medicamentos" se encuentra cuando obtiene el medicamento 149149

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan? 149149

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra 150150

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "Parte D EOB") 150150

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 151151

SECCIÓN 4 No hay deducible para Central Health San Mateo Medicare Plan 152152

Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D. 152152

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte 152152

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 152152

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 153153

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 155155

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo (100 días) 156156

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430 157157

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del espacio de cobertura, el plan ofrece alguna cobertura de medicamentos ..... 157~~157~~

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del espacio de cobertura hasta que los costos que paga fuera de su bolsillo lleguen a $7,050..... 157~~157~~

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga fuera de su bolsillo por medicamentos con receta..... 158~~158~~

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos..... 160~~160~~

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año ..... 160~~160~~

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales ..... 161~~161~~

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales ..... 161~~161~~

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene. ..... 161~~161~~

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna..... 161~~161~~

Sección 9.2 Le recomendamos que comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna ..... 163~~163~~

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

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un documento separado llamado "Anexo de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también conocido como "Anexo de subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros y pida el "Anexo LIS". (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago que brindamos en este capítulo, debe conocer lo fundamental de qué medicamentos están cubiertos, donde surtir sus recetas médicas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, le llamamos la "Lista de medicamentos".
    - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
    - Además, le indica en cuales de los seis "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura de medicamentos.
    - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la

contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da información sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener información). En el *Directorio de farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos fuera de su bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga se llama "costo compartido" y existen tres modos en los que se le puede solicitar el pago.

- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué "etapa de pago de medicamentos" se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan?

Tal como se muestra en la tabla abajo, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta en Central Health San Mateo Medicare Plan. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas está en el momento en que obtiene un surtido o nuevo surtido de una receta médica.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**2ª Etapa** *Etapa de cobertura inicial*	**3ª Etapa** *Etapa del espacio de cobertura*	**4ª Etapa** *Etapa de cobertura catastrófica*
Ya que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.	Esta etapa empieza cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) suman un total de $4,430. (Encuentre la información en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga $0 por los medicamentos en el Nivel de genéricos preferidos y $5 por medicamentos en el Nivel de genéricos. Para todos los otros medicamentos, usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos fuera de su bolsillo"** (sus pagos) del año a la fecha lleguen a $7,050. Esta cantidad y las reglas para cómo cuentan los costos para esta cantidad han sido establecidas por Medicare. (Encuentre información en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2022). (Encuentre la información en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo **"fuera de su bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga fuera de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D" cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta médica a través del plan durante el mes anterior La EOB de la Parte D proporciona más información de los medicamentos que usted toma, como un aumento en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Consulte con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le da la información del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información "del año a la fecha". La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información tendrá el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta de costo más bajo disponibles.** Esto incluye información de otros medicamentos con costo compartido más bajo para cada reclamo de medicamento con receta que pudiera estar disponible.

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

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas médicas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía de plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que pague por medicamentos con receta cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus costos fuera de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus costos fuera de su bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí presentamos algunas situaciones en las que le aconsejamos que nos dé copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.

- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
- Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos fuera de su bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población indígena estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos fuera de su bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede ver y manejar esta información en línea por medio del MedImpact Consumer Portal. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Central Health San Mateo Medicare Plan

Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.

No hay deducible para Central Health San Mateo Medicare Plan Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de 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 su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (la cantidad de su copago o coseguro). La parte que le

corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 incluye medicamentos de nivel de especialidad. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 incluye medicamentos para diabéticos selectos.

Para averiguar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan
- Una farmacia fuera de la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas médicas, 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 copago o un coseguro.

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

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel al que pertenece su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si el costo del medicamento cubierto es menor que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea más bajo*.
- Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica que surtió en una farmacia fuera de la red.

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

	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	**Costos compartidos de atención de largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	$0	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	$5	$5	$5
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	$35	$35	$35
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$75	$75	$75
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	33%	33%	33%
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para diabéticos selectos)	$10	$10	$10

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, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un medicamento cubierto durante un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuando se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago será con base en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "tasa de costo compartido diario") y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.
    - Le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es $1. Si recibe suministro de medicamento para 7 días, su pago será $1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo. Esto le ayudará a planificar mejor la fecha de surtido para diferentes recetas médicas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

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

Para algunos medicamentos puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando surte su receta médica. Un suministro de largo plazo es un suministro de 100 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El siguiente cuadro muestra lo que paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (100 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto es menor que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea más bajo*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

	Costos compartidos normales en ventas minoristas (dentro de la red) (un suministro de 100 días)	**Costos compartidos de pedido por correo** (un suministro de 100 días)
Nivel 1 de costo compartido. (Genéricos preferidos)	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido. (Genéricos)	$0	$0
Nivel 3 de costo compartido. (De marca preferidos)	$105	$70
Nivel 4 de costo compartido. (Medicamentos no preferidos)	$225	$150
Nivel 5 de costo compartido. (Nivel de especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.	El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido. (Medicamentos para diabéticos selectos)	$30	$20

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

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos con receta que ha recibido y que ha vuelto a surtir llegue al límite de **$4,430 para esa etapa**.

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos fuera de su bolsillo). Esto incluye:
    - El total que usted pagó como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que pagó el plan como** su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, el monto que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta hacia el costo total de sus medicamentos).

Le ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que los pagos que se hacen por estos medicamentos no cuenten para su límite de cobertura inicial o para los costos fuera de su bolsillo totales. Para averiguar qué medicamentos cubre su plan, consulte la lista de medicamentos cubiertos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar control de cuánto han gastado usted y el plan, como así también cualquier tercero, en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite por año de $4,430.

Le informaremos si llega a esta cantidad de $4,430. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del espacio de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del espacio de cobertura, el plan ofrece alguna cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del espacio de cobertura hasta que los costos fuera de su bolsillo lleguen a $7,050

Cuando usted esté en la etapa del espacio de cobertura, seguirá pagando el mismo costo compartido que pagaría en la etapa de la cobertura inicial para todos los niveles de

medicamentos genéricos y genéricos preferidos. Además, el Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan hacia sus costos fuera de su bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período del espacio de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos que no están en los Niveles de genéricos preferidos o genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para sus costos fuera de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período del espacio de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales fuera de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, dicha cantidad es de $7,050.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. Cuando llegue al límite de gastos de bolsillo de $7,050, saldrá de la etapa del período sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga fuera de su bolsillo por medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus costos fuera de su bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos sí <u>se incluyen</u> en sus costos fuera de su bolsillo

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **<u>puede incluir</u>** los pagos que se indican a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa de cobertura inicial
  - Etapa del espacio de cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus costos fuera de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre**.** Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o un miembro de la familia, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de salud para la población indígena estadounidense. Los pagos efectuados por el programa "Ayuda Adicional" de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuento durante el espacio de cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $7,050 en costos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos fuera de su bolsillo

Cuando suma sus costos fuera de su bolsillo, **no está permitido incluir** ninguno de estos tipos de pago por medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos con receta de las Partes A o B.
- Los pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el período del espacio de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes médicos colectivos, incluidos planes médicos del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.

- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).

Recordatorio: si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte de o todos sus costos fuera de su bolsillo de medicamentos, debe informarle a nuestro plan Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar control de su total fuera de su bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El resumen *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica este informe). Cuando llega a un total de $7,050 en costos fuera de su bolsillo para el año, este informe le indica cuando sale de la Etapa del espacio de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

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

Usted es elegible para la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos fuera de su bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, lo que sea la cantidad *mayor*:
  - – *ya sea* – coseguro de 5% del costo del medicamento
  - – *o* – $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Lo que usted paga por medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio complementario no está afectado por ninguna de las etapas de medicamentos. Usted paga las cantidades de gastos compartidos por Viagra® y sildenafil (Viagra® genérico). Para obtener más información consulte la Sección 8.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional de medicamentos con receta normalmente no cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Estos medicamentos excluidos cubiertos por nuestro plan se indican abajo:

Categoría de medicamento	Cantidad de costo compartido (cada receta médica)	Límite de cantidad (cada receta médica)
Viagra®	$75	Suministro de 6 píldoras por un mes (30 días)
sildenafil (Viagra® genérico	$0	Suministro de 6 píldoras por un mes (30 días)

Cuando surte una receta para estos medicamentos excluidos, la cantidad que paga no cuenta para calificarlo para cualquiera de las etapas de medicamentos, es decir, etapa inicial o etapa del espacio de cobertura.SECCIÓN 9Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama “administración” de la vacuna).

¿Qué paga usted 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. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas 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 en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación, se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del espacio de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto. (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre la cantidad que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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.

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Le recomendamos que comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Recomendamos que nos llame primero al departamento de Servicios para Miembros cuando planee recibir una vacuna. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos ..... 166~~166~~

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 ..... 166~~166~~

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió..... 168~~168~~

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago ..... 168~~168~~

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no . 169~~169~~

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos..... 169~~169~~

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 ..... 170~~170~~

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias ..... 170~~170~~

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 fuera de su bolsillo ..... 170~~170~~

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus 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

En ocasiones cuando recibe atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague al momento el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

Abajo encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe servicios necesarios con urgencia o de emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable solamente del pago de su parte del costo, no del costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga la cantidad completa en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solamente solicitarle a usted su parte del costo. Pero, algunas veces, cometen errores, y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información de la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para realizar su solicitud. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, puede ser que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos los

medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica debido a que no tiene su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier facturas o recibos a esta dirección:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
1540 Bridgegate Drive
Diamond Bar, CA 91765

También puede comunicarse con nuestro plan para solicitar pago. Para obtener más información, consulte el capítulo 2, Sección 1 y busque la sección: *A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica que haya recibido o A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido.*

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el artículo, o el medicamento.

Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos más información sobre la solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos para 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 considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener la información sobre cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y da las definiciones de los términos como "apelación". Luego, después de haber leído la Sección 4, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el 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 fuera de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que deberá informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, usted nos indica sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos fuera de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

He aquí dos situaciones en las que deberá enviarnos las copias de los recibos para indicarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compre un medicamento por un precio inferior a nuestro precio

En ocasiones, cuando está en la Etapa del espacio de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia dentro de la red** por un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuentos que está fuera de nuestro beneficio, la que ofrece un precio inferior.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si está en la Etapa del espacio de cobertura, es posible que no le paguemos por ninguna parte de estos costos de medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte del costo de este medicamento. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

Ya que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran una decisión 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 ..... 174~~174~~

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) ..... 174~~174~~

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos ..... 175~~175~~

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal . 175~~175~~

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos ..... 181~~181~~

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención ..... 183~~183~~

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado ..... 185~~185~~

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? ..... 185~~185~~

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos ..... 186~~186~~

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades ..... 186~~186~~

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? ..... 186~~186~~

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Nuestras comunicaciones con usted pueden estar disponibles en varios idiomas. Para recibir ciertos materiales en el idioma de su preferencia, puede indicarlo en la solicitud de inscripción o comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Tenga en cuenta que los materiales más extensos, como este folleto, están disponibles solo en inglés y español. También podemos darle la información en Braille, en letra grande u otro formato alternativo sin costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja al departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 (usuarios de TTY comunicarse con el 711). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo o puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Our communications to you may be made available to you in several languages. In order to receive certain materials in the language that you prefer, you may indicate it in your enrollment application or call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). Please note, lengthier materials, such as this booklet, are available only in English and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To

get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services at 1-866-314-2427 (TTY users call 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (El Capítulo 3 explica más acerca de esto). comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9, Sección 10, de este folleto indica lo que usted puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 indica lo que usted puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso

por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que explica estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le está dando atención o pagando su atención, *se nos requiere que obtengamos el permiso por escrito de usted primero*. El permiso por escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Por ejemplo, debemos revelar la información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca de la privacidad de su información de salud personal, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Aviso de prácticas de privacidad

Revisado el 8/6/19

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE CENTRAL HEALTH PLAN DE CALIFORNIA ("CHPC") UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Durante el tiempo que sea miembro de CHPC, será necesario que recopilemos, mantengamos y revelemos diferentes tipos de información sobre usted y su salud. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, su nombre, sexo, fecha de nacimiento, domicilio, número de teléfono, estado civil, número de Medicare o Medi-Cal, los idiomas que habla, la ocupación y el empleador (si corresponde), y el historial médico pasado. Recopilamos mucha de esta información de usted cuando se convierte en miembro. En ciertos casos, podemos recopilar información de un padre (en el caso de un menor), tutor, curador o representante legal. También podemos recopilar información sobre usted de otros planes médicos, compañías de seguros o grupos médicos, así como de médicos, hospitales, farmacias u otros proveedores donde haya recibido servicios de atención médica.

En general, cualquier información relacionada con su salud física o mental pasada, presente o futura que pueda identificarse con usted individualmente, se considera información de salud protegida ("PHI"). La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su PHI y se nos prohíbe revelar su PHI excepto según lo permita la ley. También estamos obligados a darle este Aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a la PHI que recopilamos y mantenemos sobre usted. Finalmente, la ley nos exige notificarlo luego de una violación de la PHI no resguardada si determinamos que su PHI ha sido comprometida.

Tenemos derecho de cambiar estas prácticas de privacidad, siempre que los cambios cumplan la ley. Si hacemos algún cambio a nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos un nuevo Aviso de prácticas de privacidad por escrito explicando los cambios. Una copia actualizada de nuestro Aviso de prácticas de privacidad está disponible en nuestro sitio web en https://www.centralhealthplan.com/Member/PrivacyNotice.

TENGA EN CUENTA: Esto Aviso describe solo las prácticas de privacidad de CHPC. Su médico o grupo de médicos y cualquier proveedor de atención especializada, hospital, farmacia u otro proveedor del que pueda recibir tratamiento o servicios, podrían tener su propio aviso que describa cómo mantienen la privacidad de su PHI.

Recopilación, uso y revelación de su PHI

Podemos recopilar, usar y revelar su PHI:

- **Para dar o coordinar su atención:** Podemos usar o revelar su PHI para dar o coordinar su atención médica. Por ejemplo, cuando selecciona un proveedor de atención primaria, le enviaremos su nombre, información de membresía y cualquier información relevante

relacionada con su estado de salud. También podemos compartir su PHI con su médico o grupo de médicos para fines como autorizar un tipo particular de tratamiento.

- **Para hacer o coordinar el pago por la atención:** Podemos usar o revelar su PHI para hacer o coordinar el pago por su atención médica. Por ejemplo, podemos recibir una factura que contiene PHI de un médico que le dio atención. Si la factura es nuestra responsabilidad, haremos el pago. Si la factura es responsabilidad de su grupo de médicos, enviaremos la factura, junto con su información de salud, al grupo de médicos para que puedan hacer el pago.
- **Para las operaciones de atención médica:** Podemos usar o revelar su PHI en el proceso de sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos revisar su PHI para evaluar el tratamiento y los servicios que recibió y para evaluar el desempeño de nuestros médicos y otros proveedores. También podemos usar su PHI para manejar y coordinar la atención para condiciones de salud graves o crónicas.
- **Para darle información a usted:** Podemos usar o revelar su PHI a usted para darle la información sobre sus beneficios y servicios disponibles. Por ejemplo, podemos comunicarnos con usted sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o para darle educación sobre el manejo de una condición crónica.
- **Para darle información a un miembro de la familia o amigo:** Podemos revelar su PHI a un miembro de la familia o amigo u otra persona que está involucrada con su atención médica o responsable por el pago, pero *SOLO SI:*

    a. Usted está presente y pide o acepta la revelación;

    O

    b. Usted no está presente o no es capaz física o mentalmente de responder y creemos que la revelación es por su bien.

De otra forma exigido o permitido por la ley: También podemos revelar su PHI, según lo permita la ley, para muchos tipos de actividades. La PHI se puede compartir para actividades de supervisión de salud. También se puede compartir para procedimientos judiciales o administrativos, con las autoridades de salud pública, por razones de aplicación de la ley, y para médicos forenses, directores de funerarias o examinadores médicos (sobre fallecidos). La PHI también se puede compartir por ciertos motivos con grupos de donación de órganos, para investigación y para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Se puede compartir para funciones gubernamentales especiales, para Compensación de los trabajadores, para responder a solicitudes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y para alertar a las autoridades adecuadas si creemos razonablemente que puede ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos. La PHI también se puede compartir según lo exija la ley. Aunque HIPAA nos permita hacerlo, no usaremos ni revelaremos su PHI para actividades relacionadas con recaudación de fondos.

Cuando se requiere una autorización por escrito

Debemos tener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI para ciertas actividades que se indican a continuación. Después de que nos dé su autorización por escrito, usted tiene derecho de revocarla en cualquier momento. Sin embargo, una vez que usamos o compartimos su PHI, no podemos revertir ninguna acción que tomemos antes de la revocación. Para obtener más información con relación a las autorizaciones por escrito, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Las actividades que requieren su previa autorización por escrito incluyen:

- **Notas de psicoterapia:** Necesitaremos su autorización para usar sus notas de psicoterapia para llevar a cabo operaciones de pago, tratamiento o atención médica. Por ejemplo, necesitaremos su autorización antes de que podamos ver las notas de su profesional de salud mental para evaluar su tratamiento.
- **Mercadeo:** Necesitaremos su autorización para usar su PHI con fines comerciales, excepto cuando nos comuniquemos personalmente con usted o para recibir un obsequio promocional. Por ejemplo, no solicitaremos su autorización por escrito para usar su PHI para recompensarle por completar su Pasaporte de miembro, pero requeriríamos su autorización por escrito para usar su PHI si el Plan deseaba comercializar un plan que fuera más adecuado para sus necesidades de atención médica.
- **Venta de información de salud protegida:** Necesitaremos su autorización para revelar su PHI por remuneración. Las autorizaciones para este uso deben indicar que la revelación resultará en remuneración al Plan. Por ejemplo, deberá dar una autorización por escrito para que el Plan reciba una remuneración por la entrega de su PHI a las organizaciones que investigan y desarrollan nuevos tratamientos relevantes para usted.

Mantener la confidencialidad de su información

Estamos dedicados a proteger su PHI. Establecemos una serie de políticas y prácticas para ayudar a garantizar que su PHI se mantenga segura. Mantenemos su PHI verbal, escrita y electrónica segura usando medios físicos, electrónicos y de procedimiento. Estas medidas de seguridad siguen las leyes federales y estatales. Algunas de las maneras en que mantenemos segura su PHI incluyen oficinas que se mantienen seguras, computadoras que necesitan contraseñas y áreas de almacenamiento y archivadores bajo llave. Requerimos que nuestros empleados protejan la PHI a través de políticas y procedimientos por escrito. Estas políticas limitan el acceso a PHI a solo aquellos empleados que lo necesitan para hacer su trabajo. Además, cuando así lo exija la ley, nuestros contratistas y socios comerciales deben proteger la privacidad de los datos que compartimos en el curso normal de los negocios. No se les permite revelar PHI a otras personas sin su autorización por escrito, excepto en los casos permitidos por la ley.

Sus derechos

La ley garantiza que usted tiene ciertos derechos con respecto a la privacidad o su información de salud protegida. Estos incluyen:

- El derecho de ver y hacer copias de su información de salud protegida. Es posible que tenga que pagar una tarifa razonable con base en los costos por las copias y el envío por correo. CHPC hará todos los esfuerzos razonables, exigidos por la ley, para cubrir sus solicitudes de acceso o corrección a la PHI. Sin embargo, tenga en cuenta que CHPC no tiene copias completas de sus registros médicos. Si quiere ver, obtener una copia de, o cambia sus expedientes médicos, comuníquese con su médico o clínica. Puede pedirnos acceso, copias y cambios a la PHI que tengamos.
- El derecho de pedirnos no revelar partes de su información de atención médica protegida. Si no aceptamos hacer los cambios que desea, le enviaremos una carta indicándole la razón. Puede pedirnos que revisemos nuestra decisión si no está de acuerdo con esta.
- El derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted solo de ciertas maneras. Por ejemplo, puede pedirnos que lo llamemos solo al trabajo.
- El derecho de pedirnos que cambiemos partes de su información de salud protegida. Si no aceptamos hacer los cambios que desea, le enviaremos una carta indicándole la razón. Puede pedirnos que revisemos nuestra decisión si no está de acuerdo con esta.
- El derecho a solicitar que se le informe cuándo, a quién, por qué motivos y qué información de salud protegida sobre usted hemos revelado.
- El derecho a una copia impresa o electrónica de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si tiene una pregunta, queja o cree que se violaron sus derechos de privacidad

Si tiene una pregunta o queja con relación a nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 (TTY: 711).

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede llamarnos o escribirnos como sigue:

Annie Hsu Shieh, Senior Compliance Counsel
Compliance Department
Central Health Plan de California
1540 Bridgegate Drive
Diamond Bar, CA 91765
(626) 388-2390 x2885
compliance@centralhealthplan.com

También puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles (“OCR”). Su queja debe ser por escrito. También puede enviar su queja por el correo postal de los Estados Unidos o por fax a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Fax: 1-415-437-8329
Teléfono: 1-415-437-8310 (TDD: 1-415-437-8311)

La información adicional sobre la presentación de una queja de privacidad con la OCR está disponible:

- Por teléfono: llame sin costo al 1-866-627-7748
- En el Internet, visite http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html.

TENGA EN CUENTA: Si elige por presentar una queja sobre las prácticas de privacidad de CHPC o el manejo de su información de salud protegida, ya sea directamente con nosotros o con la OCR, la ley prohíbe a CHPC tomar represalias en su contra mediante acciones negativas contra usted debido a su queja.

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan, tiene derecho a solicitarnos varias clases de información. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere los tipos de información siguiente, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las Calificaciones de estrellas del plan, incluyendo la forma los miembros del plan lo han calificado y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información de nuestros proveedores de la red incluidas nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de 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 detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener la información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea 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 indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si usted tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, por favor, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contraportada de esta publicación).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación aún si recibe 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 tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Ese capítulo le da la información sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo hacer una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras preocupaciones).
  - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por la atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto quiere decir que tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea,* puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **"instrucciones anticipadas"**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados **"testamento en vida"** y **"mandato para atención médica"** son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar un formulario de "instrucciones anticipadas" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener instrucciones anticipadas, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee dar copias a amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será internado y firmó un formulario de instrucciones anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja. Si desea presentar una queja en contra de un médico, puede comunicarse con la Junta Médica de California al 1-800-633-2322.

Si desea presentar una queja en contra de un hospital, puede hacerlo al área de Licencias y Certificaciones del Departamento de Salud Pública de California en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o preocupación sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se dan información sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una preocupación depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema:

- Puede **comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros** (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener información sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede comunicarse con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros** (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Para obtener información sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O, puede comunicarse con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta publicación de *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan información sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y qué es lo que usted paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan la información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

  - Debemos seguir las normas que establecen Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos por nuestro plan. A esto se le llama **"coordinación de beneficios"** debido a que involucra la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la "Coordinación de beneficios", consulte el Capítulo 1, Sección 10).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden por medio de darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención.
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
  - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre "Cómo presentar una apelación".

- Si se requiere que usted pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Indíquenos si se muda.** Si usted se va a mudar, es importante que nos lo diga inmediatamente. comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
  - **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio)**.** Podemos ayudarlo a determinar si el lugar donde se va a mudar es fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el que puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Si se muda, también es importante informar al Seguro Social** (o a la Pensión de Retiro del Ferrocarril)**.** Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o preocupaciones. También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los teléfonos y las horas para comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
  - Para más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 193193
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja 193193
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 193193

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 194194
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 194194

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 194194
Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas? 194194

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES 195195

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 195195
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia 195195
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 197197
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación? 198198

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 198198
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 198198
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere) 200200
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) 204204
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 208208
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 210210

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 211~~211~~

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D ..... 211~~211~~

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? ..... 213~~213~~

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones ..... 216~~216~~

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción ..... 216~~216~~

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) ..... 220~~220~~

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ..... 223~~223~~

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto ..... 225~~225~~

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos ..... 226~~226~~

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital ..... 227~~227~~

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital ..... 230~~230~~

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ..... 232~~232~~

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto ..... 235~~235~~

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de servicios de enfermería y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) ..... 235~~235~~

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura .. 236~~236~~

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo ..... 236~~236~~

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención médica durante más tiempo ..... 239~~239~~

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ..... 240~~240~~

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores ... 243~~243~~

Sección 9.1 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de solicitudes de servicios médicos 243~~243~~

Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de solicitudes de medicamentos de la Parte D ..... 245~~245~~

CÓMO PRESENTAR QUEJAS ..... 247~~247~~

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras preocupaciones ..... 247~~247~~

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? ..... 247~~247~~

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” ..... 249~~249~~

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja ..... 249~~249~~

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad ..... 250~~250~~

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja ..... 250~~250~~

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de poner quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? Depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos la información para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los consejeros de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Los teléfonos se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Abajo encontrará dos formas para obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular tienen cobertura o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía básica sobre las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones"**.

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones que se trata con los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico

también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a darle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias, se desestimará una solicitud de apelación, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la hace una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al departamento de Servicios para Miembros** (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Usted puede obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
    - Para obtener atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas médicas debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que**

contrate a un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones incluyendo decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos la información de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto" (Se *aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los teléfonos para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo*

que paga usted). Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye productos o servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los productos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan la cubre.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean darle y usted considera que el plan la cubre.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos por eso.

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debe cubrir, y quiere pedir que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que será suspendida es por atención en un hospital, servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF),** usted deberá leer una sección aparte de este capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedir que cubramos una estancia más larga en el hospital como paciente hospitalizado si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que la atención médica que ha recibido va a detenerse, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que quiere.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico en la forma en que quiere que se cubra o pague.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Avance a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si quiere pedir que le reembolsemos el costo de la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura se trata de su atención médica, se denomina una **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación expedita"**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando esté solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, utilizamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **por un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores de fuera de la red) que le pueda ser beneficiosa. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
    - **Sin embargo,** para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.

- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
  - Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida para una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas.**

- Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro del plazo de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al final de ese período), o dentro del plazo de 24 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué hemos dicho que no.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - Para una solicitud de un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("un período de tiempo extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta dentro del plazo de 14 días calendario (o si existe un período de tiempo extendido al final de ese período), o dentro del plazo de 72 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué hemos dicho que no.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos -y posiblemente cambiemos- esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si debido a su salud se necesita una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información sobre cómo contactarnos para cualquier propósito relacionado con su apelación, en el Capítulo 2, Sección 1 busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.**
    - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de nombramiento de un representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). También está disponible en el sitio web de Medicare en

https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso por escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando presente su apelación, explique por qué la está haciendo atrasada. Es posible que le demos más tiempo para presentarla. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Se nos permite el cobro de una tarifa por la copia y el envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer la solicitud con una llamada)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración expedita"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su médico deben decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida." Para solicitar una apelación

rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección.)

- Si su médico nos indica que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.
  - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un producto o servicio médico**.** Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
  - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que usted solicitó,** enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta si su solicitud es por un producto o servicio médico **dentro de los 30 días de calendario** siguientes a recibir su apelación si su apelación es acerca de cobertura de servicios que no ha recibido todavía. Si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un**

plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica nos lo exige.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un producto o servicio médico**.** Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha límite anterior correspondiente (o cuando termine el período de tiempo ampliado si nos tomamos días adicionales en su solicitud por un producto o servicio médico), debemos enviarle su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a parte de o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un producto o servicio médico, **o dentro 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que usted solicitó,** enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

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

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos autorización de cobrarle una cuota por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación rápida", también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación "rápida" a nuestro plan también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación estándar", también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2. Si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

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

La Organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones de esta.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte o todo lo que solicitó en una solicitud por un producto o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en el término de 72 horas o dar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes estándar o en el término de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.
- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte de o todo lo que pidió en una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B que está en disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación,** quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación".)
    - Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir una cantidad mínima determinada. Si el valor monetario

de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. La información para hacerlo está incluida en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si desea solicitarnos el pago para la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos.* En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitar el reembolso de su dinero o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos que piden reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para su servicio médico).*

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios,

enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.

- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios y las razones del porqué en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que

esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" todo el tiempo.
- Para información sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **"Determinación de cobertura"**.

Abajo encontrará unos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluyendo:
  - La solicitud de cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)*
  - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
  - Cómo solicitar pagar una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

- *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta en la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito donde se explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

- Usted pide que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que hagamos una excepción a una regla o una restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, 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 de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que emita una receta médica deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden pedirnos que apliquemos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos Cubiertos a veces se denomina solicitar una **"excepción a la lista de medicamentos cubiertos"**.

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad del costo compartido que corresponde al Nivel 4 medicamentos no preferidos. No puede pedir una excepción de la cantidad de copago o coseguro que exigimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se denomina solicitar una **"excepción a la lista de medicamentos cubiertos"**.

   - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
     - *Que se le solicite utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
     - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes que aceptemos cubrir su medicamento por usted. (Algunas veces se le llama "autorización previa").
     - *Que se le solicite que pruebe primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Algunas veces se le llama "terapia escalonada").

- *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.

- Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto podría reducir su parte del costo por el medicamento.

    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad 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 solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas ya sea de marca o genéricas para tratar su condición.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel del costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5, medicamentos especializados.

- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar una condición médica en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otras preocupaciones de salud, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione para usted o es probable que cause una reacción adversa y otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición médica.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 indica cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

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

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra

persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener la información, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.* O bien, si nos solicita que le devolvamos el pago de un medicamento, diríjase a la sección llamada, *Dónde enviar una solicitud que nos pide pagar nuestra parte del costo para un medicamento que usted recibió.*

- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si pide una excepción, dé la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos la "declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración por escrito, de ser necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- También puede presentar su solicitud electrónicamente a través de nuestro sitio web en https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación de cobertura expedita"**.

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que

recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un *medicamento que no ha recibido aún*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una cobertura rápida decisión.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
    - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra repuesta **en 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su

médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requisito.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un término **de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** acordada en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requerido.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Los plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los **siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente la

revisará. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud,** también debemos hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si debido a su salud se necesita una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo*

comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D).

- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso por escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Se nos permite el cobro de una tarifa por la copia y el envío de esta información.
    - Si quiere, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación expedita"**.

Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
    - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo 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 sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una apelación "rápida".
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que aceptamos dar tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su requisito de apelación
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.

- Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o todo lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago dentro de un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que pidió,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Cuando presenta una apelación ante la Organización de revisión independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Tenemos autorización de cobrarle una cuota por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Fechas límite para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de revisión independiente que le dé una apelación "rápida".
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión dentro de un período **de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días** calendario después de la recepción de su solicitud.
    - **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la

organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.

- Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle 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 deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá la información de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de

esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su **"fecha de alta"**.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede comunicarse con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién va a pagar por ello.
   - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.

- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para comprobar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Usted o la persona que actúa en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información de cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos está impresos 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 comunicarse con el 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día en que le den el alta**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha establecida para que salga del hospital).
    - Si satisface esta fecha tope, se le permite que se quede en el hospital después de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
    - Si no satisface esta fecha tope y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención médica en el hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.
- Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún quiere apelar, debe apelar directamente ante nuestro plan. Para

obtener información acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una **"revisión rápida"** de la fecha de su salida. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** se llama también una **"revisión inmediata"** o una **"revisión expedita"**.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama "**Aviso Detallado de Alta**." Puede obtener una copia de este aviso al comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que sí a su apelación, debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención médica en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican abajo:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un período de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para la atención en el hospital como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación respecto a su alta del hospital. ("Rápido" significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada, lo que sea que venga primero.) Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación expedita"**.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

<u>Paso 2:</u> Realizamos una revisión "rápida" de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha previsión del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

- En esta situación, usaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva,** significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos dando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida,** estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
    - Si se quedó en el hospital después de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención médica en el hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

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

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. En La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de servicios de enfermería y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de atención médica:

- **Servicios de atención médica en casa** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en una clínica de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de esta atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.

- El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión respecto a cuándo terminar su atención, y para continuar cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una **"apelación acelerada"**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 8.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se llama el **"Aviso de No Estar Cubierto por Medicare"**.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para comprobar que lo recibió**

- Usted o la persona que actúa en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se le dice cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una "apelación rápida" (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de vigencia en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente con nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
A esta explicación del aviso se le conoce como **"Explicación detallada de no cobertura"**.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica en casa, o la atención en un centro de enfermería especializada, o los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es "no", usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que no a su Apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención médica después de que termine su cobertura de la atención médica - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención médica durante más tiempo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo atención médica después de que haya terminado su cobertura de la atención médica, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si esa organización rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de los servicios de atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican abajo:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que no a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención médica durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es "no", usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación alterna de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación expedita"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Nosotros realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí a su apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos dando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida,** entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha cuando su cobertura terminó, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos "*no*" a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. En La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
    - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su Apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su Apelación de Nivel 2 explicará cómo comunicarse y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar el servicio en cuestión.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer después si decide seguir con su apelación.

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su Apelación de Nivel 2 explicará cómo comunicarse y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer después si decide seguir con su apelación.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**

- Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras preocupaciones

Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted.* En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma como el departamento de Servicios para Miembros le ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el departamento de Servicios para Miembros u otro personal en el plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de evaluación.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos dado?
Oportunidad (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra prontitud en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, usted utiliza ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Si usted nos solicitó que le damos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no cumplimos estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales
• Lo que esta sección llama una **"queja"** también se llama una **"queja formal"**. • Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja formal"**. • Otra forma de decir **"usar el proceso de quejas"** es **"utilizar el proceso para presentar una queja formal"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito.

- **Por lo general, el primer paso es comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, el departamento de Servicios para Miembros se lo hará saber. Llámenos al 1-866-314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- La queja se debe enviar en un plazo de 60 días del evento o incidente. Debemos tratar su queja tan rápido como lo requiere su caso en base a su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Podemos ampliar el plazo hasta de 14 días si solicita la extensión o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y la demora le beneficia. Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida", la consideraremos una "queja rápida" y le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del que quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida".** Si usted tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un período de 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"queja acelerada"**.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte de o toda su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se presenta la queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

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

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad de la atención médica*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O, puede presentar su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarlo también a la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Central Health San Mateo Medicare Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o preocupación, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden comunicarse con 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo cancelar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 254254

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 254254

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 254254

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 254254

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage 255255

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 256256

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 257257

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? 258258

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 258258

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 259259

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 259259

SECCIÓN 5 Central Health San Mateo Medicare Plan debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 260260

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 260260

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 261261

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 261261

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Central Health San Mateo Medicare Plan puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
    - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
    - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La Sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos tiempos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

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

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período anual de inscripción abierta"). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura de atención médica y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.

- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta.
        - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

      Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más en sucesión, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura de atención médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
    - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
    - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también

puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién tiene derecho al Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos, para conocer la lista completa puede comunicarse con el plan, comunicarse con Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se ha trasladado.
  - Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
  - Si tiene derecho a recibir "Ayuda Adicional" para el pago de sus recetas médicas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
  - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

    Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos anual, es posible que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10, le informa más sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de atención médica de Medicare como su cobertura de

medicamentos con receta. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

> **Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de Medicamentos Recetados, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros** (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2022***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a inscribirse por primera vez.
  - Usted también puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede comunicarse con Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.

- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente inscríbase en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los teléfonos se encuentran en la contraportada de este folleto).
- – *o* – Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de Medicamentos Recetados, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable ” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Central Health San Mateo Medicare Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Central Health San Mateo Medicare Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. o **Nota:** Si cancela su inscripción del plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más en sucesión, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los teléfonos se encuentran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048. • Su inscripción en Central Health San Mateo Medicare Plan se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Central Health San Mateo Medicare Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información de cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este

tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membresía en nuestro plan termine.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos con receta únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red incluyendo los servicios de farmacia por correo.
- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de atención médica).

SECCIÓN 5 Central Health San Mateo Medicare Plan debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Central Health San Mateo Medicare Plan debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, debe comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los teléfonos del departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dar cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).

- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
    - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos por receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para más información (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Central Health San Mateo Medicare Plan no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por una razón relacionada con la salud, debe comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse con el 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10, información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso sobre la ley aplicable..... 264~~264~~**

SECCIÓN 2 **Aviso sobre la no discriminación ..... 264~~264~~**

SECCIÓN 3 **Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare..... 264~~264~~**

SECCIÓN 4 **Aviso sobre la responsabilidad de terceros ..... 265~~265~~**

SECCIÓN 5 **Sección 1557 Aviso de no discriminación ..... 266~~266~~**

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad 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 dan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación de edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de la atención médica de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene preocupaciones sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos al departamento de Servicios para Miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con acceso para sillas de ruedas, el departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Central Health San Mateo Medicare Plan, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la responsabilidad de terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la que un tercero es responsable debido a una acción u omisión negligente o intencional que causó su enfermedad o lesión, le enviaremos un resumen de los cargos razonables por los servicios prestados en relación con la lesión o enfermedad. Los cargos deben calcularse como se muestra a continuación. Sin embargo, no se le pedirá que haga ningún pago hasta que se haya establecido la responsabilidad financiera mediante la resolución del asunto, el juicio judicial o de otro modo.

Si recupera alguna suma del tercero responsable, debe notificarnos de inmediato. Se nos deberá reembolsar tal recuperación de un tercero por los cargos establecidos en la declaración que le enviamos, sujeto a los límites establecidos en los párrafos siguientes.

a. La cantidad de nuestro derecho de retención se calculará de la siguiente manera:
    i. Para los servicios de atención médica no dados por capitación, la cantidad realmente pagada por el Plan, el grupo de médicos o la asociación de médicos independientes al proveedor médico tratante; o
    ii. Si los servicios se dieron por capitación, el ochenta por ciento (80%) del cargo habitual y acostumbrado por los mismos servicios dados sin capitación en la misma área geográfica donde se dieron los servicios.
    iii. Si se le dieron servicios no capitados y capitados, y nuestro proveedor contratante de los servicios capitados paga los servicios no capitados que recibió, entonces dicho derecho de retención no puede exceder la suma de:
        1. Los costos razonables realmente pagados para perfeccionar el derecho de retención, y
        2. Las cantidades determinadas de conformidad con “i” y “ii” arriba.
b. Nuestra recuperación máxima de derechos de retención está sujeta a las siguientes limitaciones:
    i. Si contrató a un abogado, entonces el derecho de retención no puede exceder la menor de las siguientes cantidades:
        1. La cantidad máxima determinada en (a.) arriba o
        2. Un tercio (1/3) del dinero que tiene derecho a recibir según un acuerdo final de conciliación o transacción.
    ii. Si no contrató a un abogado, entonces el derecho de retención no puede exceder la menor de las siguientes cantidades:
        1. La cantidad máxima determinada en (a.) arriba o
        2. La mitad (1/2) del dinero que tiene derecho a recibir según un acuerdo final de conciliación o transacción.
c. Nuestras recuperaciones de derecho de retención están sujetas a estas reducciones adicionales:
    i. Si un juez, jurado o árbitro hiciera un descubrimiento especial de que usted fue parcialmente culpable, nuestra recuperación de derecho de retención se reducirá en el mismo porcentaje de falta comparativa que redujo su recuperación.
    ii. Una reducción prorrateada para los honorarios razonables de su abogado (si corresponde) y los costos.

Los límites anteriores en las recuperaciones de derecho de retención no se aplican a los derechos de retención de Compensación de los trabajadores.

Esta sección completa no se aplica al Programa Medi-Cal ya que los derechos de retención preventivos contra Medi-Cal se encuentran dentro de la jurisdicción del Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Además, esta sección no se aplica a los derechos de retención por servicios hospitalarios.

Sujeto a las limitaciones indicadas arriba, usted otorga a Central Health San Mateo Medicare Plan una cesión de, y un reclamo y un derecho de retención en contra, cualquier cantidad así recuperada a través de acuerdo, juicio o veredicto. Es posible que le solicitemos que ejecute documentos y proporcione la información necesaria para establecer la asignación, el reclamo o el derecho de retención para comprobar el derecho de recuperación.

Dentro de los 30 días después de la presentación de un reclamo o acción legal contra un tercero, debe enviar aviso por escrito del reclamo o la acción legal a:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Claims Department
1540 Bridgegate Dr., Mail Stop 3000
Diamond Bar, CA 91765

Además, por contrato, hemos delegado a nuestros proveedores el derecho de hacer valer los derechos de retención de terceros contra nuestros miembros por los servicios de atención médica que el proveedor les prestó o hizo arreglos para ellos. La contratación de grupos médicos, médicos y asociaciones de médicos independientes que afirmen derechos de retención contra los miembros debe hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos anteriormente.

SECCIÓN 5 Sección 1557 Aviso de no discriminación

Central Health San Mateo Medicare Plan cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. Central Health San Mateo Medicare Plan no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

Central Health San Mateo Medicare Plan:

- Presta servicios y asistencia gratis para que las personas con discapacidades puedan tener una comunicación eficaz, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros tipos de formatos).

- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados;
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (PT). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que Central Health San Mateo Medicare Plan no cumplió con la prestación de estos servicios o de alguna manera lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro departamento de Servicios para Miembros. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico en:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
1540 Bridgegate Drive
Diamond Bar, CA 91765
Teléfono: 1-866-314-2427, TTY 711
Fax: 1-626-388-2361
Correo electrónico:memberservices@centralhealthplan.com

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Departamento de Servicios para Miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan puede ayudarlo.

También puede presentar una denuncia civil ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica en el portal de denuncias de dicha oficina, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por vía postal o telefónica al

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de denuncia están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: Un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de dar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sobrepase las 24 horas.

Período de inscripción anual: un tiempo determinado cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar a Medicare Original. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta médica o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación de saldos: una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente por una cantidad mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Central Health San Mateo Medicare Plan, usted solo tiene que pagar lacantidad del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No
permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y en los centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente interno (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite al número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coaseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro: una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Queja - El nombre formal para "hacer un reclamo" es "presentar una Queja formal" El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF): un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y da diversos servicios, entre ellos terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por cada consulta médica o medicamento con receta.

Costo compartido: costo compartido se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos siguientes de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel de costo compartido, más caro será el costo que usted pague por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones relacionadas con la cobertura son llamadas “decisiones relacionadas con la cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos

con receta cubiertos por nuestro plan.
Servicios cubiertos: término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta médica: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es atención personal que se da en un hogar de ancianos, un hospicio u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que puede ser dado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional, como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta médica.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar inscripción o **Cancelación de inscripción**: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Tarifa de suministro: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta médica. La tarifa de suministro por receta médica cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente

que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencia, y 2) son necesarios para evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de revelación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener unmedicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del patrocinador de su plan (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido en un nivel menor de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamentos genéricos: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Queja formal: Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o una farmacia, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia ni dan terapia.

Hospicio: un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida, tiene derecho a elegir servicios de un hospicio. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de hospicios es su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El hospicio le dará un tratamiento especial para su estado.

Estancia en el hospital como paciente interno: una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente externo".

Cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA): Si su bruto ajustado modificado los ingresos que figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años superan un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo con la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluso las cantidades que usted pagó y que su plan ha pagado por usted en el año, alcancen $4,430.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y Medicare Parte B. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF / NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF / IID); y /o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare de las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones de LTC específicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (SNP): un plan de necesidades especiales institucional que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren cierto nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales institucional puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda con asistencia (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

IPA: una Asociación de práctica independiente es un grupo de médicos cuyos médicos están en consultorios médicos independientes. Por lo general, los médicos mantienen sus propios

consultorios separados de otros médicos en la IPA. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información adicional.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

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

Cantidad máxima de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario para los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima fuera de su bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca de su cantidad máxima de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Grupo de médicos: un grupo de médicos organizados como una entidad legal, contratada con nuestro plan para dar atención médica a nuestros miembros. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información adicional.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare puede recibir la cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo determinado cada otoño cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar a Medicare Original o hacer cambios a su cobertura de la Parte D. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta es del 1

de enero al 31 de marzo, y también está disponible para un período de 3 meses después de que un individuo es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrece en su área.

Programa de descuentos durante el espacio de cobertura de Medicare: programa que da descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado la Etapa del espacio de cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Plan de salud Medicare: un plan de salud Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes externos.

Póliza "Medigap" (seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir "períodos sin cobertura" en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o "Miembro del plan"): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable

de responder a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas formal y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta médica. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para dar servicios de atención médica. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y dar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en darle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama "proveedores del plan".

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare "Pago por servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos negociado para coordinar o dar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para darle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Costos de bolsillo: vea la definición de "costos compartidos" arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos "de su bolsillo".

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención todo incluido para el adulto mayor) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudar a las personas a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para ancianos) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C - vea "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como "la Parte D").

Medicamentos de Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. (Consulte la lista de medicamentos cubiertos para conocer una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad más alta siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos fuera de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos fuera de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por cobertura de salud o cobertura de medicamentos con receta médica.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro

proveedor a quien usted visita primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información acerca de los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortesis: estos son dispositivos médicos que pide su médico u otro proveedor de atención médica. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

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

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vive la gente. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de servicios enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación continuamente y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la terapia física o inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas una enfermera o un médico.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece

atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medi-Cal (Medicaid), los que residen en un centro de atención residencial o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia en pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una condición que no es una emergencia, enfermedad médica imprevista, lesión o condición que requiera atención médica inmediata. Los servicios urgentemente necesarios los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesible.

Servicios de asistencia lingüística para personas con conocimiento limitado del inglés

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711).

中文 (Chinese): 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-314-2427 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

فارسی (Farsi):
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-314-2427 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-314-2427（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic):
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-314-2427 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ :ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ,ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।-1 866-314-2427 (TTY: 711)' ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-314-2427 (TTY: 711)

Servicios para Miembros de Central Health San Mateo Medicare Plan

Método	Departamento de Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. El departamento de Servicios para Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
FAX	1-626-388-2361
ESCRIBA A	Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services 1540 Bridgegate Drive Diamond Bar, CA 91765 memberservices@centralhealthplan.com
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Programa de apoyo y consejería del seguro de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (California SHIP)

El Programa de Apoyo y Consejería del Seguro de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para dar orientación sobre seguros médicos de forma gratuita a las personas con Medicare.

Consulte el Capítulo 2, Sección 3 de la Evidencia de cobertura para obtener información sobre cómo comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Declaración de revelación de PRA *De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario 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.*