CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Central Health Premier Plan I HMO

Este documento le ofrece detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a contar del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros al 1-866-314-2427 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Este plan, Central Health Premier Plan I, lo ofrece Central Health Medicare Plan. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa Central Health Medicare Plan. Cuando se menciona el “plan” o “nuestro plan”, significa Central Health Premier Plan I.)

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Esta información está disponible de forma gratuita en chino.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, por ejemplo, en braille, en letra grande o en audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para informarse acerca de lo siguiente:

- La prima y la distribución de costos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- La presentación de reclamos en caso de no estar satisfecho con un servicio o tratamiento;
- La forma en que puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0127_H5649020002_EOC_2023_C
MA23_102144_01 OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Evidencia de Cobertura para 2023

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Inicio como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 7

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 8

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Central Health Premier Plan I 10

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan 14

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: *Números telefónicos y recursos importantes* 17

SECCIÓN 1 Contactos del Central Health Premier Plan I (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros) 18

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) 21

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) 23

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad 24

SECCIÓN 5 Seguro Social 25

SECCIÓN 6 Medicaid 26

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 27

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 28

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador? 29

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos* 30

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan 31

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica 33

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia o durante un desastre 37
SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios? 39
SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"? 40
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa no médica de atención de la salud" 42
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 43

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)* 45
SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 46
SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará 48
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 98

CAPÍTULO 5: *Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D* 102
SECCIÓN 1 Introducción 103
SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 103
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "lista de medicamentos" del plan 108
SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 110
SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera? 112
SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? 115
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 117
SECCIÓN 8 Surtir una receta 119
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Part D en situaciones especiales 119
SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos 121

CAPÍTULO 6: *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Part D* 124

SECCIÓN 1 Introducción 125
SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento 127
SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 128
SECCIÓN 4 No existe deducible para Central Health Premier Plan I 130
SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte 130
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura 136
SECCIÓN 7 En la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 136
SECCIÓN 8 Vacunas de la Part D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las compra 137

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 139
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 140
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 142
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 143

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 144
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y las sensibilidades culturales como miembro del plan 145
SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 151

CAPÍTULO 9: *¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)* 154
SECCIÓN 1 Introducción 155
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 155
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? 156
SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 157

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 160
SECCIÓN 6 Sus medicamentos de la Part D recetados: ¿cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación? 169
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 180
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 187
SECCIÓN 9 Cómo llevar su Apelación al Nivel 3 y más 194
SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 197

CAPÍTULO 10: *Finalización de su membresía en el plan* 201
SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan 202
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 202
SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 205
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 205
SECCIÓN 5 Central Health Premier Plan I debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos 206

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 208
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 209
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 209
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 209
SECCIÓN 4 Aviso sobre responsabilidad de terceros 210

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 212

CAPÍTULO 1:
Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado en Central Health Premier Plan I, que es un plan de Punto de Servicio

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Central Health Premier Plan I. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Part A y la Part B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Central Health Premier Plan I es un Plan de Medicare Advantage HMO ("HMO" significa Health Maintenance Organization; es decir, Organización para el mantenimiento de la salud), aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

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

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y a los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Central Health Premier Plan I.

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o tiene alguna duda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Central Health Premier Plan I le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura

o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que está afiliado en Central Health Premier Plan I entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Central Health Premier Plan I después del 31 de diciembre de 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicios, luego del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Central Health Premier Plan I cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tiene Medicare Part A y Medicare Part B
- -- *y* -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella.
- -- *y* -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Este es el área de servicios del plan para Central Health Premier Plan I

Central Health Premier Plan I está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. Se describe el área de servicios.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Orange, Riverside y San Bernardino.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá

cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

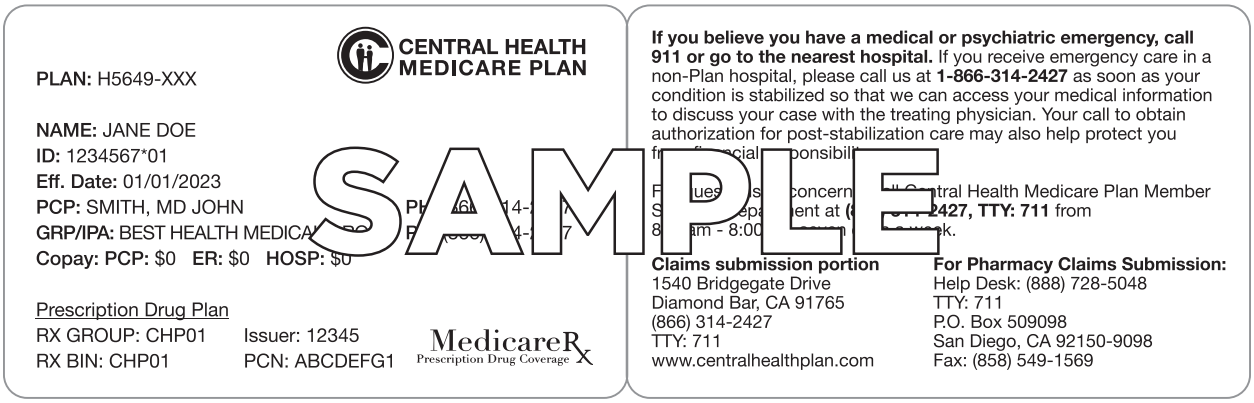
Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Central Health Premier Plan I si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Central Health Premier Plan I tiene que cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



No utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Central Health Premier Plan I, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de atención para Pacientes Terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros 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 que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago, y cualquier otra distribución de costos del plan, como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y los servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Central Health Premier Plan I autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web: www.centralhealthplan.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar la a Servicios para Miembros.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias enumera nuestras farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web: www.centralhealthplan.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Part D están cubiertos bajo el beneficio de la Part D incluido en Central Health Premier Plan I. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Central Health Premier Plan I.

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.centralhealthplan.com) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Central Health Premier Plan I

Estos costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Part B (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Part D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor

El programa de "Ayuda Adicional" ofrece asistencia económica a personas de bajos recursos para la compra de sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7, contiene más información sobre este programa. Si usted reúne los requisitos, inscribirse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, puede que **la información sobre las primas detallada en esta *Evidencia de Cobertura* no corresponda a su caso**. Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "cláusula adicional LIS Rider".

Las primas de Part B y Part D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2023*, la sección denominada "2023 Costos de Medicare". Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de Central Health Premier Plan I es de $33.10.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Part D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Part D. La multa por inscripción tardía en la Part D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Part D si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos cuando no tuvo la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La "cobertura acreditable de medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Part D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Part D.

La multa por inscripción tardía de la Part D se suma a su prima mensual. Cuando usted se inscribe por primera vez en Central Health Premier Plan I, le informaremos la suma de la multa.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Han pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, por ejemplo, su empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
  - **Nota:** Toda notificación deberá establecer que tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados, que se esperaba que pague lo mismo que en el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Nota:** Lo siguiente *no* forma parte de una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Si pasaron 63 días o más sin la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Part D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, esta cantidad de pago mensual promedio es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de $32.74,, lo que equivale a $4.58. Este monto se redondea a $4.60. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Part D**.

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Part D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Part D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Part D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Part D, usted o su representante podrán solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en el **transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estuvo pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, usted no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión sobre la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, denominado monto de ajuste mensual relacionado con los Ingresos de la Part D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se determina a partir de sus ingresos brutos ajustados modificados, según se detallan en su declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años. Si dicho monto supera una cierta cantidad, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar de acuerdo a sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto extra, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con el pago del monto, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima del plan de varias maneras

Existen 2 formas en las que puede pagar su prima del plan.

Opción 1: pago con cheque

Le enviaremos una factura mensual impresa por las primas de su plan. Libre el pago a nombre de Central Health Medicare Plan y no de CMS o HHS. Consulte su factura para obtener la dirección postal y otra información. Escriba su número de identificación de miembro en su cheque o giro postal. Todos los pagos deben ser recibidos antes del 15 del mes. Si necesita reemplazar su factura mensual, llame a Servicios para Miembros. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la contraportada de este folleto). Se aplica una tarifa de $25 por cada cheque sin fondo.

Opción 2: puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede hacer que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar las primas de su plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

El pago de la prima del plan debe llegar a nuestras oficinas antes del 15 del mes.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la prima, comuníquese con el Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Cambiar la forma de pago de su prima. Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde abonar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si, durante el transcurso del año, es o deja de ser elegible para el programa “Ayuda Adicional”. Si un miembro reúne los requisitos para “Ayuda adicional” para los gastos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Estos muestran su cobertura específica de nuestro plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para consultar qué servicios y medicamentos están cubiertos para usted, y cuáles son sus montos de distribución de costos**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga)

Si alguna de estas informaciones cambia, háganos saber llamando a Servicios para Miembros.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. 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 se encuentra en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD):

  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

Medi-Cal (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos del Central Health Premier Plan I (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

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

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Central Health Premier Plan I. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	1-626-388-2361
ESCRÍBANOS	Central Health Medicare Plan Member Services PO Box 14244 Orange, CA 92863
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Part D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura o apelaciones por su atención médica o sus medicamentos recetados de la Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*)).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica o medicamentos recetados de la Part D: información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	1-626-388-2361
ESCRÍBANOS	Central Health Medicare Plan Attn: Member Services PO Box 14244 Orange, CA 92863 Para administración de medicamentos recetados y apelaciones de asuntos clínicos: Admin Appeals Level 1 Express Scripts Attn: Medicare Admin Appeals P.O. Box 66587 St. Louis, MO 63166-6587 Clinical Appeals Level 1 Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar reclamos referidos a nosotros o nuestros proveedores de la red o farmacias, así como reclamos sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o algún reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*)).

Método	Quejas referentes a atención médica o medicamentos recetados: Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	1-626-388-2361
ESCRÍBANOS	Contacto para Asuntos Médicos: Central Health Medicare Plan Appeals & Grievances PO Box 14244 Orange, CA 92863 Contacto para Medicamentos Recetados: Grievance Resolution Team: P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Central Health Premier Plan I directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos que reembolsemos el dinero o que abonemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene algún problema o algún reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos))* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 (para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago por escrito) De 8 a.m. a 8 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. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	1-626-388-2361
ESCRÍBANOS	Medical Claims: Central Health Medicare Plan ATTN: Member Services PO Box 14244 Orange, CA 92863 Reclamaciones de medicamentos recetados: Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de Elegibilidad de Medicare:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de Planes de Medicare:** provee información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Central Health Premier Plan I: • **Informe a Medicare acerca de su reclamo:** usted puede presentar un reclamo sobre Central Health Premier Plan I directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la

Método	Medicare – Información de contacto
	revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP).

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) lo pueden ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos por la atención médica o tratamiento y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) también pueden asistirlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare y pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el centro de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción n.º 1: puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción n.º 2: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (California SHIP) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711

Método	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (California SHIP) – Información de contacto
	Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): Información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 Lunes a viernes, 9 a.m. a 5 p.m. (hora local para los pacientes). Fines de semana y festivos, de 11 a.m. a 3 p.m. hora local para apelaciones. Adicionalmente, el servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): Información de contacto
ESCRÍBANOS	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. U.S. y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y reúnan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Part D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Seguro Social – Información de contacto
	Horario de atención de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid.

Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "programas de ahorro de Medicare" incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare con Bajos Ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Part B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Part B.
- **Individuos trabajadores y discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Part A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Medi-Cal.

Método	Medi-Cal (programa de Medicaid de California): Información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 Lunes a Viernes, 8 a.m. a 5 p.m.; excepto festivos
TTY	1-800-896-2512 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.medi-cal.ca.gov/default.aspx

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

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

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare proporciona "Ayuda Adicional" para pagar los costos de medicamentos recetados para personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si usted califica, obtiene ayuda para pagar por cualquier prima mensual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta "Ayuda Adicional" cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos del medicamento recetado. Para ver si califica para la "Ayuda Adicional", llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted considera que califica para "Ayuda Adicional" y considera que está pagando un monto de distribución de costos incorrecto por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, para presentárnosla a nosotros.

Si desea obtener ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago correcto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros 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 las pruebas, envíenos estas pruebas por fax o correo postal:

Fax: 1-626-388-2361
Correo: Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863
Correo electrónico: memberservices@centralhealthplan.com

- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese a Servicios para Miembros.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare que también se incluyen en la lista de medicamentos del ADAP califican para la asistencia de distribución de costos en las recetas médicas a través de Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro o con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Salud Pública de California, Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA 1-844-421-7050.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., de lunes a viernes. Cerrado en días festivos federales. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) y hacer preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4(*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y su monto de distribución de costos como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los equipos de suministros y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica están detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Central Health Premier Plan I debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Central Health Premier Plan I en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina “remisión del médico”. Para obtener más información sobre esto, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Por consiguiente, usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan o de su PCP antes de buscar atención. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o sea inaccesible temporalmente. La distribución de costos que usted paga por diálisis en el plan nunca puede superar la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicios de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

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

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

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

¿Qué es un PCP?

Cuando se inscribe en el plan, debe elegir un proveedor contratado como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que satisface los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?**

  Muchos de nuestros PCP son médicos especialistas en medicina interna, profesionales de la familia y profesionales de medicina general. A veces, puede elegir a un especialista del plan como su PCP (por ejemplo, un cardiólogo). Debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un especialista del plan tiene contrato para desempeñarse como PCP.

- **¿Cuál es la función de mi PCP?** Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica, incluida la atención básica y de rutina, y lo ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que pueda ver a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una "remisión del médico" a un especialista). Esto incluye la coordinación de lo siguiente:
  - Radiografías
  - Análisis de laboratorio

  - Terapias
  - Cuidado de médicos especialistas
  - Admisiones en un hospital y
  - Atención de seguimiento
- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Una vez que su PCP determine que necesita atención de un especialista, su PCP coordinará una remisión para usted. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su cuidado y progreso. Algunas remisiones no requieren la aprobación previa de su plan. Su PCP tiene una lista de los especialistas y proveedores que puede utilizar sin obtener aprobación previa. Esto se denomina “remisión directa”.

- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa y su obtención, si corresponde?**

Si se necesita un especialista, pero no está incluido en la lista de remisión directa, necesitará una autorización previa de su plan. Su PCP es responsable de solicitar la autorización previa. La Sección 2.3 a continuación describe con más detalle el proceso para obtener la autorización previa para la atención.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Puede cambiar su PCP visitando nuestro sitio web www.centralhealthplan.com para encontrar un nuevo PCP y luego llamando al número de Servicios para Miembros que figura al dorso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto). La nueva asignación de su nuevo PCP entrará en vigor el primer día del próximo mes.

Cambiar su PCP puede implicar la limitación de especialistas específicos o de los hospitales a los que se refiere ese PCP (es decir, subred, especialistas, laboratorios, radiología, etc.).

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la remisión de su PCP?

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área).

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Veamos algunos ejemplos:

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Para ciertos tipos de remisiones del médico, es posible que su PCP necesite obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina “autorización previa”).

Es muy importante analizar con su PCP la necesidad de obtener una remisión del médico (aprobación previa) antes de ver a un especialista u otros proveedores del plan. **Si no obtiene una remisión del médico (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es probable que usted tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios.** Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Si el especialista le indica que debe retornar para recibir más atención, primero deberá verificar que la remisión del médico (aprobación previa) que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista. Es posible que el PCP necesite obtener autorización previa para la atención de seguimiento del especialista.

Si desea utilizar los servicios de determinados especialistas, infórmese sobre si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan elige a determinados especialistas

de la red para sus remisiones del médico. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que puede ver. Generalmente, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea visitar a un especialista de la red al que su PCP actual no lo puede derivar. Si desea utilizar determinados hospitales, debe informarse sobre si su PCP o sobre los médicos que visitará en estos hospitales.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de, al menos, 30 días que su proveedor abandona su plan, a fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado, quien continuará manejando sus necesidades de atención de la salud.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista aprobado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con la Distribución de Costos dentro de la red. Puede que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su doctor o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención al QIO, una queja sobre la calidad de la atención en el plan o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Cualquier atención fuera de la red que no se considere una emergencia o atención de urgencia fuera del área no estará cubierta sin una autorización previa. Para obtener autorización previa, usted o su médico pueden comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda. El plan también cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, autorizaremos al proveedor

fuera de la red correspondiente. Usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

Definición de "emergencia médica" y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica

Una **"emergencia médica"** ocurre cuando usted, u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No tiene que usar un médico de la red. Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. 1-866-314-2427, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Usted también cuenta con cobertura de atención de emergencia, servicios urgentemente necesarios y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo hasta $100,000. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para contemplar una atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que usted recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente”, y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son “servicios requeridos urgentemente”?

Un servicio urgentemente necesario se refiere a una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios: i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana; o ii) un brote inesperado de una condición conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios.

Si desea obtener ayuda para encontrar el Centro de Atención de Urgencia de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la

pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Inicialmente, usted mismo deberá pagar estos servicios. Debe presentar una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

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

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con distribución de costos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si ha pagado un monto mayor al que corresponde a su distribución de costos del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

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

Central Health Premier Plan I cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en la tabla de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, deberá abonar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos o

de los servicios que superen una limitación de beneficios no se aplica al gasto máximo de bolsillo de su plan.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"?

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

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados "ensayos clínicos") para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y para determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio, *y* comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos de Original Medicare y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar documentación que demuestre la distribución de costos pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos: digamos que, en el marco del estudio de investigación, se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería $10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría $20 del copago requerido por Original Medicare. Luego, usted notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación correspondiente al plan, por ejemplo, la factura del proveedor. Luego, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar la documentación correspondiente a su plan, por ejemplo, la factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y que no se utilizan directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por CT mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.

Más información

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

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

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

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Part A (servicios de atención que no sean médicos).

Sección 6.2 Obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- Atención o tratamientos médicos "no exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos "exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.
  - Las mismas reglas de cobertura para los límites de hospitales para pacientes internados de Medicare se aplican a instituciones religiosas no médicas de atención de la salud. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Central Health Premier Plan I, generalmente no será propietario de artículos rentados de DME sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras está afiliado en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del elemento.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo propiedad mientras estaba en él. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Central Health Premier Plan I cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

Si abandona Central Health Premier Plan I o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma empresa o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo brinda una Tabla de Beneficios Médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se indica cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Central Health Premier Plan I. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **"deducible"** es la suma que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2, se brinda más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- Un **"copago"** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para determinados tipos de servicios

Tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.

En la tabla de beneficios en la Sección 2, se muestran los deducibles según la categoría de servicio.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Part B?

Dado que usted está suscrito a un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto que usted debe pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos

dentro de la red que están cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se denomina monto máximo de gasto de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023 esta suma es $6,700.

Las sumas que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. Las sumas que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Part D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza la suma máxima de su propio bolsillo de $6,700, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red de la Part A y la Part B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Part B por usted).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen "facturaciones de saldo"

Como miembro de Central Health Premier Plan I, un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto de distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados "facturación de saldo". Este factor de protección se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si su distribución de costos es un copago (una cantidad determinada de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted pagará solamente ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión del médico o para emergencias o servicios urgentemente necesarios).

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión del médico o para emergencias o servicios urgentemente necesarios).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Central Health Premier Plan I cubre y lo que paga de su gasto de bolsillo por la cobertura de medicamentos recetados de la Part D de cada servicio está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben suministrarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Part B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o atención de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Por consiguiente, usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle a usted una “remisión”.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos en cursiva.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*.(Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si se le diagnostica las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos.
  - Trastornos cardiovasculares
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Demencia
  - Diabetes
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Accidente cerebrovascular
- Su elegibilidad se determinará en función de una confirmación de su diagnóstico calificado por parte de sus proveedores de atención médica.
- Consulte “Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos” en la siguiente Tabla de Beneficios Médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente qué beneficios puede solicitar.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero(a) especializado(a) o especialista en enfermería clínica	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada o una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.	Usted paga un copago de $0 por acupuntura cubierta por Medicare o la distribución de costos profesional aplicable si recibe servicios de un médico de atención primaria o especialista. Para obtener más detalles, consulte la sección “Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico”. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861 (r)(1) de la Ley de seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (IPA), personal de enfermería profesional (NPS) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861 (aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, IPA o NPS/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	
Acupuntura: rutina*	
Consultas ilimitadas de acupuntura por año.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con condiciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia sin carácter de emergencia será apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga un coseguro de 20% por viaje por servicios de ambulancia terrestre por un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un coseguro de 20% por viaje para todos los demás servicios de ambulancia terrestre. *Puede que se requiera autorización previa.* Usted paga un coseguro de 20% por viaje por servicios de ambulancia aérea. *Puede que se requiera autorización previa.*
Cobertura en todo el mundo de transporte de emergencia* Se brinda cobertura para servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (En todo el mundo se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios). El transporte de emergencia debe ser proporcionado por un vehículo de transporte de emergencia autorizado.	Usted paga un copago de $0 por viaje por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. Existe un máximo anual de $100,000 por año para servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.
Consulta preventiva anual Si tiene la Part B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Part B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y	Usted paga 20% de coseguro por consulta para rehabilitación cardíaca.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	*Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga 20% de coseguro por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Se puede requerir una remisión del médico.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones	Usted paga un copago de $0 por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Tarjeta CHP Flex* Tendrá una asignación para la compra de artículos de venta libre (OTC) aprobados por el plan, artículos de catálogo de hierbas para la salud y el bienestar, y gastos de acondicionamiento físico calificados. Los fondos se proporcionan a través de una tarjeta de débito que se cargará cada trimestre. Los montos no utilizados en cada trimestre **no** se transfieren al siguiente trimestre. Las tarjetas de débito se pueden utilizar en tiendas minoristas que acepten Mastercard® y reciban una de las siguientes clasificaciones: • Supermercados	Obtiene $425 cada tres meses

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Farmacias • Centros de Aptitud Física • Gimnasios • Clubes deportivos, incluidos campos de golf Los artículos de venta libre son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta. Puede acceder a sus beneficios OTC en línea, a través de pedidos por correo, por teléfono y en tiendas minoristas. Puede pedir artículos OTC de una de las siguientes maneras: • En línea: visite CentralHealthPlan.nationsbenefits.com • Por teléfono: llame al **(866)-876-8637** para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos de NationsOTC/ Central Health Plan. • Venta minorista: utilice su tarjeta CHP Flex en las tiendas minoristas participantes. **Catálogo de hierbas*** Puede utilizar la asignación de su tarjeta CHP Flex para comprar artículos del catálogo de hierbas para la salud y el bienestar. Puede acceder a estos beneficios desde el portal de NationsBenefits en CentralHealthPlan.NationsBenefits.com Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con NationsBenefits al **(866)-876-8637**.	
Examen de detección de cáncer colorrectal	
Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Sigmoidoscopía flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	otros servicios cubiertos por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:	
Servicios dentales preventivos (p. ej., examen oral, radiografías, limpiezas) dentales preventivos e integrales	Usted abona un copago de $0.
• Servicios de diagnóstico	Usted abona un copago de $0.
• Servicios de restauración	Usted paga un copago de $0 - $295

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Endodoncia	Usted paga un copago de $0
• Periodoncia	Usted paga un copago de $0
• Extracciones	Usted paga un copago de $0
• Servicios de implantes, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios	Usted paga un copago de $0 - $295
Los beneficios pueden estar sujetos a exclusiones y limitaciones según las pautas del código ADA.	*Puede que se requiera autorización previa.*
Para obtener más información sobre los beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura dental.	*Se puede requerir una remisión del médico.*
Examen de detección de depresión	
Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Prueba de detección de diabetes	
Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	*Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Suministros para monitorear su glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de control de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.*
• Para personas con diabetes que tengan una enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados personalizados por año calendario (incluidas las plantillas ortopédicas proporcionadas con estos) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (sin incluir las plantillas ortopédicas removibles no personalizadas proporcionadas con estos). La cobertura incluye la adaptación a medida.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista actualizada más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.centralhealthplan.com.	Usted paga 20% coseguro La distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 20% por mes. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. *Puede que se requiera autorización previa.*
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.	Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de emergencia cubiertos por Medicare hasta un máximo de $75 por consulta. El copago no se aplica si usted es internado en un hospital dentro de los 3 días. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red. **Cobertura de emergencia en todo el mundo*** El plan cubre la atención de emergencia recibida en todo el mundo (en todo el mundo incluye la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	red para que se siga cubriendo su atención *O* debe recibir su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Usted paga un copago de $0 por consulta para los servicios de emergencia en todo el mundo. Existe un máximo anual de $100,000 por año para servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.
Programas educativos sobre salud y bienestar **Beneficio de acondicionamiento físico*** **Membresía SilverSneakers®** SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted está cubierto para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes[1]. Tiene acceso a instructores que lideran clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas[2]. En los centros participantes de todo el país[1], puede tomar clases[2] además de utilizar equipos para realizar ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le brinda opciones para	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (por ejemplo, en centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos virtuales a través de las clases de SilverSneakers LIVE™, los videos de SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Además, tiene acceso a GetSetUp[3], con miles de clases en línea en vivo para fomentar sus intereses en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers®. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. **Hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** [1]Los centros participantes ("PL") no son propiedad ni están administrados por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios del PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. [2]La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según el centro. [3]GetSetUp es un proveedor de servicios de terceros y no es propiedad ni está administrado por Tivity Health, Inc. ("Tivity") o sus afiliados. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los cargos del servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a ciertas clases o funciones de GetSetUp.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Educación para la salud*	
Las clases de educación para la salud se ofrecen en persona o como sesiones educativas interactivas virtuales con profesionales médicos para proporcionar información de salud. También se proporcionan materiales de educación para la salud, junto con el acceso a un sitio web con entrenamiento telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de objetivos.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.*
Administración mejorada de enfermedades*: tenemos dos programas: • Programa de administración de la enfermedad de la diabetes: Le proporcionamos clases trimestrales de educación sobre la diabetes, artículos en boletines informativos, cartas sobre brechas en la atención y llamadas telefónicas de seguimiento, así como capacitación sobre enfermedades. Realizamos un control de rutina de la HbA1C cuando los resultados están disponibles y, cuando corresponda, hacemos remisiones al equipo de coordinación de la atención. • Proyecto sobre hiperlipidemia: Proporcionamos artículos de boletines informativos trimestrales, cartas sobre brechas en la atención, llamadas telefónicas de seguimiento y capacitación sobre enfermedades. Realizamos un control rutinario de la adherencia a los medicamentos con estatinas para los miembros con CAD y, cuando corresponda, hacemos remisiones al equipo de coordinación de la atención.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.*
Servicios de audición	
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	Usted paga un coseguro del 20% por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Aparatos auditivos* Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos el siguiente beneficio suplementario a través de **NationsHearing**: • **Exámenes de audición de rutina:** un examen por año. • **Evaluaciones de ajuste de audífonos ***: una evaluación de ajuste por año • **Audífonos:*** hasta dos audífonos cada año Nuestro plan ha celebrado un contrato con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al **(866)-876-8637** o en la web en CentralHealthPlan.nationsbenefits.com/Hearing para obtener más información o para programar una cita.	Usted paga un copago de $0 por hasta un examen de audición de rutina al año. Usted paga un copago de $0 por hasta una consulta de evaluación/prueba de audífonos cada año. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Central Health Premier Plan I cubrirá hasta $3,000 para audífonos cada año. Esta cantidad se puede utilizar para un oído o para los dos. Usted será responsable de todo monto que supere este límite. Debe obtener los audífonos de un proveedor de NationsHearing. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Puede que se requiera autorización previa. *Se puede requerir una remisión del médico.*
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Usted paga un copago de $0 por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención	Usted paga un coseguro de 20% por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	
Cuidados paliativos	
Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla o en los cuales tiene un derecho patrimonial. Su médico del centro para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido a un centro de atención para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para servicios de atención para pacientes terminales y para servicios que la Part A o la Part B de Medicare cubren y que están relacionados con su pronóstico</u>	Cuando se inscribe en un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga por sus servicios de atención para pacientes terminales y servicios de la Part A y la Part B relacionados con su pronóstico terminal, no Central Health Premier Plan I. Las consultas de atención para pacientes terminales se incluyen en la atención hospitalaria para pacientes internados. Es posible que se aplique distribución de costos del servicio médico para las consultas ambulatorias.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor por sus servicios de atención para pacientes terminales y los servicios de la Part A y Part B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare. Para servicios que están cubiertos por la Part A o Part B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia o no son servicios urgentemente necesarios que están cubiertos por la Part A o Part B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener servicios, solamente paga el monto de distribución de costos del plan para servicios dentro de la red • Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la distribución de costos del plan por los servicios fuera de la red Para los servicios que están cubiertos por Central Health Premier Plan I, pero que no están cubiertos por la Part A o la Part B de Medicare: Central Health Premier Plan I continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Part A o la Part B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Part D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en un centro de atención para pacientes terminales, usted paga	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
la distribución de costos. Si están relacionados con su condición terminal en un centro de atención para pacientes terminales, usted paga la distribución de costos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales certificado por Medicare?*). **Nota:** Si usted necesita atención que no sea para pacientes terminales (no relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para gestionar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas	
Los servicios cubiertos de Medicare Part B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Part D.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Atención en hospital para pacientes internados	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y	Deducible de $1,600 Copago de $0

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. No hay límite en el número de días adicionales cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costo de salas de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	por día para los días del 1.° al 60 $400 de copago por día para los días del 61 al 90 Usted paga un copago de $0 por día del día 91 en adelante. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Central Health Premier Plan I provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Servicios de médicos **Nota:** Para que usted pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de	durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. • Se aplica un límite de 190 días de por vida para internaciones en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. • Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.	Deducible de $1,600 Copago de $0 por día para los días de 1.° a 60 Copago de $400 por día para los días de 61 a 90. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Usted paga un copago de $800 por día de reserva de por vida. *Puede que se requiera autorización previa*. *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Internación en un hospital: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación los servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias. Consulte a continuación la sección Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
Servicios de apoyo en el hogar* Servicios de apoyo en el hogar proporcionados después del alta del hospital o del centro de enfermería especializada para ayudar con las actividades de la vida diaria, recoger medicamentos y comprar alimentos y artículos de primera necesidad.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por los servicios de apoyo en el hogar.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Hay un límite de hasta 7 turnos de cuatro horas (28 horas en total). Si cumple determinados criterios clínicos inmediatamente después de recibir el alta de un hospital o centro de enfermería especializada, puede optar por recibir servicios de atención personal no clínicos en su hogar para que lo ayuden con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, vestirse, realizar tareas domésticas ligeras) a través del proveedor contratado por el plan. Hay un límite de hasta 7 turnos de cuatro horas (28 horas en total). Para más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. Los servicios de apoyo en el hogar son independientes de la atención de la agencia de atención médica en el hogar. Consulte la "Atención de la agencia de atención médica en el hogar" en esta tabla para obtener más información. Los miembros de Medi-Cal pueden ser elegibles para un beneficio diferente llamado servicios de apoyo en el Hogar (IHSS) a través del programa Medi-Cal. El beneficio de IHSS a través de Medi-Cal no es administrado por Central Health Focus Plan y es independiente de esta cobertura.	*Puede que se requiera autorización previa.*
Programa de comidas en el hogar* • Recibe en su casa comidas congeladas listas para calentar y comer. • Recibirá dos comidas al día durante 14 días, inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización como paciente internado, o si un proveedor de atención médica le pide que se aísle en su hogar durante 14 días por diagnóstico de COVID-19 o exposición al virus de COVID-19. • Este beneficio está disponible hasta 4 veces por año. • Tendrá acceso a la Conserjería Personal durante todo el año calendario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las comidas. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Tres maneras fáciles de comenzar: • Envíe un mensaje de texto con la palabra JOIN al 88106 • Visite www.centralhealthplan.com • Llame a Servicios para Miembros de Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 (TTY: 711)	
Evaluación de seguridad en el hogar y dispositivos y modificaciones de seguridad en el baño del hogar* Si no reúne los requisitos para solicitar una evaluación de seguridad en el hogar según el beneficio de salud en el hogar de Original Medicare, recibirá una evaluación de seguridad en el hogar con respecto al riesgo de caída por parte de un terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud calificado para determinar si puede solicitar la instalación de dispositivos de seguridad en el baño. Los dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño incluyen el costo de comprar e instalar los dispositivos de seguridad para el baño permitidos por CMS en su residencia, pero dependen de la recomendación de nuestro profesional de la salud a través del beneficio de evaluación de seguridad en el hogar. Se aplica un beneficio máximo de $3,000 por año a la compra/instalación de los dispositivos de seguridad, que incluye lo siguiente: • Barras de agarre aseguradas a las paredes de la bañera • Alfombras de baño antideslizantes o que no resbalan • Bancos para bañera para deslizarse hacia la bañera sin pisarla • Sillas para ducha • Un cabezal de ducha de mano que le permite bañarse mientras está sentado • Sillas para el inodoro • Un asiento elevable de inodoro	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la evaluación de seguridad en el hogar. *Puede que se requiera autorización previa.* Usted recibe una asignación $3,000 para la compra e instalación de dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño cada año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que recibe terapia de nutrición médica cubierta por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro Plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año posteriormente. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Medicamentos recetados de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos según la Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:	Usted paga 20% coseguro *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Part A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Part B y Part D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Part D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
por sus medicamentos recetados de la Part D a través de nuestro plan.	
Línea directa de enfermería*	
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de semana, atendida por enfermeros certificados. Los enfermeros pueden clasificar las condiciones y reenviar las llamadas a médicos de turno, psiquiatras y otros proveedores calificados, según sea necesario.	Usted paga $0 de copago *Puede que se requiera autorización previa.*
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante	
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios de programas para tratamiento de opioides	
Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • U.S. y antagonistas de los opiáceos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal	Usted paga un coseguro de 40% por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Usted paga un copago de $0 por todos los procedimientos y pruebas de diagnóstico *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un copago de $0 por estos servicios. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un coseguro de 20% por servicios radiológicos terapéuticos *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un coseguro de 20% por ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Se puede requerir una remisión del médico. Usted paga un coseguro de 20% por MRI, CT y PET. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un coseguro de 20% por servicios de radiografías *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor tenga una orden escrita para que sea admitido como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted	Usted paga un coseguro de 20% por los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor tenga una orden escrita para que sea admitido como paciente internado en el	Usted paga coseguro de 20% por los servicios de atención hospitalaria ambulatoria. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica mental ambulatoria	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. • Servicios prestados por un psiquiatra • Servicios proporcionados por otros proveedores de atención de salud mental	Usted paga un copago de $0 por consulta para sesiones individuales con un psiquiatra. Usted paga un copago de $0 por consulta para sesiones grupales con un psiquiatra. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un copago de $0 por consulta para sesiones individuales con otros proveedores de atención de la salud mental.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Usted paga un copago de $0 por consulta para sesiones grupales con otros proveedores de atención de la salud mental. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios de rehabilitación ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). • Servicios proporcionados por un terapeuta físico o un terapeuta del habla y el lenguaje • Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional	Usted paga un copago de $0 por consulta para terapia física o terapia del habla y del lenguaje. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un copago de $0 por consulta para terapia ocupacional. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	
Usted cuenta con la cobertura de Original Medicare para el tratamiento por abuso de sustancias.	Usted paga un coseguro de 40% por consulta por sesiones individuales. Usted paga un coseguro de 40% por consulta por sesiones grupales.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Puede que se requiera autorización previa. *Se puede requerir una remisión del médico.*
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si usted tiene una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para que sea admitido como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".	Usted paga coseguro de 20% por los servicios de atención hospitalaria ambulatoria. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
• Servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios • Servicios prestados en un centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un coseguro de 20% por servicios en el centro de cirugía ambulatoria *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios de hospitalización parcial	
La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, provisto en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del médico o del terapeuta y constituye una alternativa a la admisión en un hospital.	Usted paga un coseguro de 20% por día. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	Usted paga $0 por un dispositivo PERS móvil con GPS y detección de caídas, con monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año *Puede que se requiera autorización previa.*
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos, realizados por su PCP *O* especialista, si su médico los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de médico de cuidado primario, servicios de especialista médico, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Puede acceder a los servicios de telesalud por teléfono, Internet o mediante una aplicación móvil.	Usted paga un copago de $0 por cada visita al consultorio del PCP Usted paga un copago de $0 por las visitas al consultorio del especialista *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un copago de $0 por los servicios de Telesalud. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Puede comunicarse con Teledoc al 1-800-TELADOC, visitar su sitio web en www.teledoc.com o descargar su aplicación móvil desde las tiendas de Apple o Google Play. Para configurar una cuenta en línea, vaya a www.teledoc.com y haga clic en "set up account" (configurar cuenta). Para acceder a la aplicación móvil, descargue la aplicación desde Apple o Google Play Store y haga clic en "activate account" (activar cuenta). Una vez que haya configurado su cuenta, solicite una consulta en cualquier momento que necesite atención y hable con un médico por teléfono, por Internet o por medio de una aplicación móvil. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, **si se cumplen las siguientes condiciones**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **en los siguientes casos**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	
Servicios de podología	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Exámenes de detección de cáncer de próstata	
Para hombres a partir de los 50 años de edad y en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	Usted paga un copago de $0 por consulta. *Se puede requerir una remisión del médico.* No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados	
Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente	Usted paga 20% coseguro *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección para obtener más información.	
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un coseguro de 20% por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare ni para la LDCT. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de diagnósticos para enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de diagnóstico están cubiertos para las mujeres embarazadas y para	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
determinadas personas que tienen un riesgo más elevado de contraer una STI, cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio	Usted paga un coseguro de 20% por diálisis renal *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.* Usted paga un coseguro de 20% por la educación sobre la enfermedad renal *Puede que se requiera autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Part B, consulte la sección "Medicamentos recetados de Medicare Part B".	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	
(La definición de "atención en centros de enfermería especializada" se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Nuestro plan cubre una cantidad de 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF	Copago de $0 por día para los días del 1.° al 20 Copago de hasta $200 por día para los días del 21 al 100 Usted paga el 100% del costo total por los días del 101 en adelante Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente internado a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios

• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF
• Servicios de médicos/proveedores médicos
 	
En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que deba pagar la distribución de costos que se paga dentro de la red, si el centro no es proveedor de la red y si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.
  • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada)
  • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital
	beneficios, comenzará uno nuevo.
	
	Puede que se requiera autorización previa.
	
	Se puede requerir una remisión del médico.

Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses, sin cargo, como servicio preventivo. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará la distribución de costos correspondiente como paciente internado o paciente ambulatorio. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI)	
Balanzas* Se facilita una balanza para los miembros calificados que tengan una una insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) y que no cumplan con las pautas de Medicare para obtener la cobertura.	Usted paga un copago de $0 por las balanzas aprobadas por el plan.
Asignación de alimentos saludables* A fin de reunir los requisitos para la asignación para alimentos saludables, debe tener una o más de las siguientes condiciones. • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Trastornos pulmonares crónicos • Accidente cerebrovascular Usted recibe una tarjeta de débito que le permitirá comprar alimentos saludables en tiendas minoristas participantes al deslizar su tarjeta en la caja. Recibirá su tarjeta por correo cuando sea elegible para este beneficio y la utilice durante el año del plan. Se prohíbe el retiro de efectivo y la compra de tabaco, armas de fuego y alcohol. También puede acceder a sus beneficios desde el portal de NationsBenefits visitando CentralHealthPlan.nationsbenefits.com. Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con NationsBenefits al (866)-876-8637. Los usuarios de TTY deben llamar al 711	Usted obtiene una asignación mensual de $25 para comprar alimentos saludables en las tiendas de comestibles aprobadas por el plan.
Transporte no médico* A fin de reunir los requisitos para el transporte no médico, debe tener una o más de las siguientes condiciones. • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica	Usted paga un copago de $0 por transporte no médico aprobado por el plan

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Demencia • Diabetes • Trastornos pulmonares crónicos • Accidente cerebrovascular Puede utilizar hasta 24 viajes de ida (hasta 50 millas) para viajar hacia y desde tiendas de comestibles, gimnasios y centros para adultos mayores. Estos 24 viajes de ida se tienen en cuenta para el límite de 48 viajes de ida para el transporte (de rutina). Consulte la sección sobre transporte (de rutina) para obtener más información.	
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas	Usted paga un copago de $0 por consulta. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
Transporte (rutina adicional)*	
Usted recibe 48 viajes de transporte de ida o vuelta que no son de emergencia a través de proveedores de transporte contratados a lugares aprobados por el plan para recibir servicios de atención médica de proveedores de la red. Hay un límite de 50 millas por viaje. Los modos de transporte disponibles incluyen servicios de taxi, camioneta, transporte médico o transporte compartido. El transporte debe programarse al menos 2 días hábiles antes de la cita programada para garantizar la disponibilidad. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para programar una cita. Los Servicios para Miembros deben recibir las cancelaciones al menos 24 horas antes del horario de recogida para que no se descuenten de su beneficio de transporte. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.	Usted abona un copago de $0. *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Servicios requeridos urgentemente	
Los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar enfermedades, lesiones o condiciones médicas imprevistas que no son de emergencia y requieren	Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de urgencia cubiertos por

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
atención médica inmediata, sin perjuicio de que, que dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) está temporalmente fuera del área de servicios del plan. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios de un proveedor fuera de la red.	Medicare hasta un máximo de $60 por consulta.
Servicios urgentemente necesarios: cobertura mundial* Se brinda cobertura para el cuidado urgentemente necesario recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga un copago de $0 por consulta por servicios urgentemente necesarios a nivel mundial. Existe un máximo anual de $100,000 por año para servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia, los servicios urgentemente necesarios y los servicios de transporte de emergencia combinados.
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Usted paga 20% de coseguro por exámenes oculares cubiertos por Medicare, los exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare y los exámenes de

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	retinopatía diabética cubiertos por Medicare.
Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Para personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos y pacientes afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más.	*Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*
Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	Usted paga un coseguro de 20% por consulta.
Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Usted paga $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas.
Examen ocular de rutina*	Usted paga $0 de copago por un examen ocular de rutina. Limitado a 1 consulta cada año.
Imágenes retinianas*	Usted paga $0 de copago por imágenes de la retina.
Nota: Beneficios del examen ocular de rutina proporcionados por EyeMed. Debe visitar a un proveedor de la red EyeMed para acceder al beneficio. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de EyeMed.	Limitado a 1 consulta cada año.
Asignación para anteojos o lentes de contacto de un proveedor de la red hasta $300 por año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare"	
El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que usted tiene Part B de Medicare. Cuando haga su cita, informe a la oficina de su médico de que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". *Puede que se requiera autorización previa.* *Se puede requerir una remisión del médico.*

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios "excluidos" de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide tras la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos decidido que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Honorarios de Socorristas	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Comidas entregadas en la vivienda		✓ Consulte la tabla de beneficios médicos para obtener una descripción de su beneficio de comidas.
Servicios de asistentes de tareas domésticas, que incluyen asistencia básica en el hogar, como la limpieza simple o la preparación de comidas ligeras.		✓ Puede recibir servicios de apoyo en el hogar, que incluyen tareas domésticas livianas, hasta 7 turnos de cuatro horas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		✓ Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Cuidado quiropráctico de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
La queratotomía radial, la cirugía LASIK y otros dispositivos para la visión deficiente no están cubiertos según el beneficio suplementario de la visión del plan.	✓	
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5:

Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Part D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Part B de Medicare y los beneficios de medicamentos de atención para pacientes terminales.

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

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal vigente.
- Su profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Adquiera sus medicamentos recetados de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriríamos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa

todos los medicamentos recetados de la Part D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.centralhealthplan.com) o comunicarse con Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener información en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Part D en un centro LTC, consulte con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (**Nota:** Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de ventas por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una condición médica crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como **"MO"** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

Para solicitar formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, visite nuestro proveedor de venta por correo, Express Scripts Pharmacy. Su sitio web es express-scripts.com.

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en menos de 5 días. Express Scripts trabaja para procesar sus recetas lo antes posible, pero los pedidos pueden tardar de 3 a 5 días en ser entregados una vez que se envían. A veces, su pedido por correo puede retrasarse. Si necesita ayuda con el seguimiento o los retrasos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

- Usted utilizó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a la Línea de Servicio al Cliente de Express Scripts al 877-657-2498 (TTY 800-899-2114) las 24 horas, los 7 días de la semana, visitando express-scripts.com o iniciando sesión en la aplicación móvil de Express Scripts.

  Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

  Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a la Línea de Servicio al Cliente de Express Scripts al 877-657-2498, visitando express-scripts.com o iniciando sesión en la aplicación móvil Express Scripts.

  Si nunca ha utilizado el servicio de entregas de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención

médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a la línea de Servicio al Cliente de Express Scripts, visitando express-scripts.com, o iniciando sesión en la aplicación móvil de Express Scripts.

Reabastecimientos de recetas de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de renovación automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le terminen sus medicamentos recetados. De ese modo, su pedido se enviará a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, comuníquese con nosotros llamando a la línea de Servicio al Cliente de Express Scripts, visitando express-scripts.com, o iniciando sesión en la aplicación móvil de Express Scripts.

Si recibe un reabastecimiento automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro a largo plazo de medicamentos, su distribución de costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Su *Directorio de farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con el Departamento de Servicios para Miembros** si hay una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que cubriríamos recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red:

- La receta se refiere a la atención de emergencias médicas o atención urgente.
- Usted viaja fuera del área de servicios del plan (dentro de los Estados Unidos) y se queda sin su medicamento cubierto de la Part D, pierde su medicamento cubierto de la Part D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Part D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Part D de forma oportuna dentro de su área de servicio, ya que, por ejemplo, no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Usted debe surtir una receta para un medicamento cubierto de la Part D de forma oportuna y dicho medicamento cubierto de la Part D (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica especializada que generalmente se envía directamente de los fabricantes o proveedores especiales) no se almacena regularmente en farmacias minoristas accesibles de la red o en las farmacia con pedidos por correo.
- Se le proporcionan los medicamentos de la Part D dispensados por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras usted es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en proveedores, una cirugía ambulatoria u otro ámbito ambulatorio, y, como consecuencia, no puede abastecer sus medicamentos de la Part D en una farmacia de la red.

- Recibió su medicamento cubierto de la Part D durante cualquier declaración de desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que fue evacuado o desplazado de otro modo de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos de la Part D en una farmacia de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que surte su receta. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2 se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

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

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le informa sobre los medicamentos Part D que están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)".* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Part D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento *que*:

- La Administración de Medicamentos y Alimentos haya aprobado para el diagnóstico o la afección para la que se ha recetado.
- -- *o* -- Avalado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas condiciones médicas, pero se consideran medicamentos fuera de la lista de medicamentos para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en el Localizador de Planes de Medicare, junto con las condiciones médicas específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca registrada y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos de los medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca registrada y algunos productos biológicos.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis "categorías de distribución de costos" para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está incluido en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel 1 de distribución de costos: medicamentos genéricos preferidos
  El nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de distribución de costos: genéricos
  El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de distribución de costos: marca preferida
  El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de distribución de costos: medicamentos no preferidos
  El nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel 5 de distribución de costos: manejo especial
  El nivel 5 incluye medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control cuidadoso.
- Nivel 6 de distribución de costos: medicamentos de cuidados selectos
  El nivel 6 es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto y ciertos medicamentos que normalmente no están cubiertos por el programa de la Part D.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de Medicamentos del plan.

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

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos

Tiene tres formas de saberlo:

1. Consultar la lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.centralhealthplan.com). La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollan estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a que usted y su proveedor utilicen esa opción de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor

de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o modalidades de distribución de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; en tableta o en forma líquida).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informa de la razón médica por la cual el medicamento genérico no será eficaz para usted, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un fármaco diferente se llama “**terapia escalonada**”.

límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que se encuentra con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento tal vez puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace su distribución de costos más elevada de lo que usted cree que debería ser.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto. Si el medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la sección 5.2 para conocer qué puede hacer.
- Si su medicamento está en una nivel de distribución de costos que hace que su costo sea mayor del que considera correcto, consulte la sección 5.3 para conocer qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.

- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Para acceder a un suministro temporal, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la lista de medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días de suministro. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios abastecimientos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**

  Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para miembros.

Durante el período en el que usted recibe un suministro temporal de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hacer cuando termine el suministro provisional. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su

proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que 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 procesada sin demora y con imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera muy alta?

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto, aquí se explica lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que considera muy alta, consúltelo con su proveedor. Puede haber otro medicamento en un nivel de distribución de costos menor que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción con el nivel de distribución de costos del medicamento, de modo que usted pague menos por él. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, sección 6.4 le brinda información sobre cómo proceder. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea procesada sin demora y con imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de distribución de costos de los medicamentos que se encuentran en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo**.
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca registrada por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea regularmente. A continuación destacamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

Notificación general anticipada de que el patrocinador del plan puede sustituir de inmediato nuevos medicamentos genéricos: Para reemplazar inmediatamente los medicamentos de marca con nuevos medicamentos genéricos terapéuticamente equivalentes (o cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, aplicadas a un medicamento de marca después de agregar un nuevo medicamento genérico), los patrocinadores del plan que de otro modo cumplen con los requisitos deben proporcionar la siguiente notificación anticipada general de los cambios:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas)**

  - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de distribución de costos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
  - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
  - Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber de inmediato.
  - Su profesional que expide recetas también será informado sobre este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos avisarle con una antelación de al menos 30 días o enviarle una notificación sobre el cambio y una renovación por 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir la notificación del cambio, deberá trabajar con el profesional que expide recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.

- Usted o su profesional que expide recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (excepto si se lo retira del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su distribución del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (a excepción de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Part D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Part D:

- La cobertura de medicamentos de la Part D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Part A o la Part B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El “uso fuera de lo indicado” se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para “uso fuera de lo indicado” se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de la lista de medicamentos de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, para los cuales es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, encontrará más información).

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos que cubrimos, incluidos los límites de la cobertura, consulte nuestra Lista de medicamentos. Estos medicamentos están marcados con una "X" en nuestra Lista de medicamentos. El monto que paga por estos medicamentos no se considera para que califique en la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el capítulo 6, sección 7 de este documento).

Además, si está **recibiendo “Ayuda Adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no se cubren. Sin

embargo, si tiene una cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos por el plan de medicamentos de Medicare. Por favor comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Usted puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el capítulo 2, sección 6.)

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para abastecer su receta, proporcione la información de membresía de su plan, consignada en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* distribución del costo de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al retirar su receta.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su información de membresía con usted?

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando abastece su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

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

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

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o una que utilice, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o asistencia, llame a Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Part D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**.Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene la cobertura de empleado o de un grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle una notificación que le indique si su cobertura para medicamentos recetados para el siguiente año calendario es "acreditable".

Si la cobertura del plan de grupo es "**acreditable**", esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve esta notificación sobre cobertura acreditable, ya que podría necesitarla más adelante. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Part D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha tenido una cobertura acreditable. Si no recibió la notificación de cobertura

acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare?

Los centros para pacientes terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra afiliado en el centro de atención para pacientes terminales de Medicare y requiere determinados medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, analgésicos o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro de atención para pacientes terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o de su proveedor del centro de atención para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que le proporcionen una notificación antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección del centro de atención para pacientes terminales o sea dado de alta del mismo, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos explicados en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico

- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podemos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas para medicamentos con opioides o benzodiacepina en determinadas farmacias
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas para medicamentos con opioides o benzodiacepina de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted

Si prevemos limitar la forma de obtener de estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la determinación o con la limitación, usted y su profesional que expide recetas tienen derecho a realizar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo colocaremos en nuestro DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está

recibiendo cuidados de atención para pacientes terminales o paliativos o terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes condiciones médicas cuyos costos son elevados o quienes son parte de un DMP en el que se ayuda a los miembros a consumir sus opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede hacerle una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante esta revisión, puede consultar acerca de los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve su resumen con usted a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada siempre y con usted (por ejemplo, junto con su ID) en caso que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Part D

¿Actualmente recibe asistencia para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que alguna parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre costos de medicamentos recetados Part D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "cláusula adicional LIS Rider".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Part D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Part D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Part D; algunos están cubiertos por la Part A o la Part B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, las secciones de 1 a 4 explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Part D. El monto que usted paga por un medicamento se llama "distribución de costos" y hay tres formas en las que se le puede pedir el pago.

- El **"deducible"** es el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **"Copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de su bolsillo y lo que *no*. A continuación, detallamos las reglas de Medicare que debemos observar para mantener un registro de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los gastos de su bolsillo

Sus gastos de su bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Part D y usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La etapa de brecha en cobertura
- Todos los pagos que usted realizó durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de registrarse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si **otras personas u organizaciones los efectúan en su nombre.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare están incluidos. La suma que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de $7,400 en gastos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la etapa de brecha en cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Part A o la Part B.

- Los pagos que haga por medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).

Recordatorio: si cualquier otra organización, tal como las listadas más arriba, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de notificar a nuestro plan llamando a Servicios para miembros.

¿Cómo puede mantener un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de EOB de la Part D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance $7,400, en este informe, se le indicará que dejó la etapa de brecha en cobertura y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago para los miembros de Central Health Premier Plan I?

Existen cuatro “etapas de pago de un medicamento” para su cobertura de medicamentos recetados en Central Health Premier Plan I. El monto que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surte o reabastece una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa Sin Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura Catastrófica

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina

Usted no pagará más de $35 (o menos, según su nivel de Ayuda Adicional) por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de distribución de costos se encuentre.

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios (EOB) de la Part D (la "EOB de la Part D")

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos "**de su propio bolsillo**".
- Hacemos un seguimiento de sus "**costos totales por medicamentos**". Este es el monto que usted u otras personas en su nombre pagan de su bolsillo más el monto pagado por el plan.

Si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios (EOB) de la Part D* ("EOB de la Part D"). La EOB de la Part D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.

- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde la primera vez que se surtió para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada reclamo de receta.

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

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** De ese modo, sabremos cuáles son las recetas que está surtiendo y qué está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.

Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 7, sección 2.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la *Part D* , revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta información o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No existe deducible para Central Health Premier Plan I

No existe deducible para Central Health Premier Plan I. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta del año. Consulte la sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere

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

El plan tiene seis niveles de distribución de costos

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está incluido en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de distribución de costos, tanto más alto será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1 de distribución de costos: medicamentos genéricos preferidos
  El nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de distribución de costos:
  El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de distribución de costos:
  El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de distribución de costos:
  El nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 de distribución de costos:
  El nivel 5 incluye medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control cuidadoso.

- Nivel 6 de distribución de costos:
  El nivel 6 es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto y ciertos medicamentos que normalmente no están cubiertos por el programa de la Part D.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para obtener información acerca de las situaciones en las que cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento

En la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de distribución de costos.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Part D:

Nivel	**Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos de pedido por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Distribución de costos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos)	$0 de copago	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de Distribución de Costos (Medicamentos de marca preferidos)	$35 de copago	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	$35 de copago	$35 de copago
Nivel 4 de Distribución de Costos (Medicamentos no preferidos)	$75 de copago	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	$75 de copago	$75 de copago

Nivel	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedido por correo (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel 5 de Distribución de Costos (Medicamentos Especializados)	33% de coseguro	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de Atención Selecta)	$0 de copago	El envío por correo no está disponible en el suministro de 30 días.	$0 de copago	$0 de copago

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de todo un mes. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro menor al de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento para las diferentes recetas.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de determinados medicamentos, usted no tendrá que pagar por el suministro del mes completo.

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento también lo será.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días que reciba el medicamento, en lugar de pagar por un mes completo. Calcularemos el monto que usted paga por día para su medicamento (la "tarifa de distribución de costos diaria") y la multiplicaremos por el número de días del suministro del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Part D:

Nivel	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos estándar de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de Distribución de Costos (Medicamentos de marca preferidos)	$105 de copago	$70 de copago

Nivel	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos estándar de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 4 de Distribución de Costos (Medicamentos no preferidos)	$225 de copago	$150 de copago
Nivel 5 de Distribución de Costos (Medicamentos Especializados)	No existe un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.	No existe un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.
Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de Atención Selecta) Los medicamentos del nivel 6 están disponibles para un suministro de 100 días.	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los $4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance **$4,660 el límite de la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos efectuados para estos medicamentos no se considerarán para su límite de cobertura inicial o sus gastos de bolsillo totales.

La EOB de la Part D que recibió lo ayudará a realizar un seguimiento de lo que pagaron usted y el plan, así como cualquier tercero que haya pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha en cobertura. Consulte la sección 1.3 sobre la manera en que Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura

Cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Nuestro plan ofrece cobertura completa de medicamentos en la Etapa Sin Cobertura para medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6. Usted paga $0 por los medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6. Para los medicamentos de todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio negociado de medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio de medicamentos genéricos. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando haya alcanzado este monto $7,400, pasa de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare establece normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los gastos de bolsillo (sección 1.3).

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

Ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el $7,400 límite para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** de los costos por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuera *mayor*:
  - *ya sea* un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - *o* $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como un genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.

Lo que usted paga por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio complementario no se ve afectado por ninguna de las etapas del medicamento. Usted paga los montos de distribución de costos correspondientes para estos medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Part D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las compra

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Paga por Vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Part D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Part D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **suministrarle a usted la vacuna.** (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Part D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* en el capítulo 4).
   - Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Part D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
2. **¿Dónde obtiene la vacuna?**
   - La vacuna en sí misma puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Part D puede variar según las circunstancias y en qué etapa del medicamento se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Part D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Part D.

Situación 1: usted recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe una vacunación de la Part D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrársela.
- Luego podrá solicitar a nuestro plan que le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el cargo que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Part D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde recibe la vacuna.

- Usted deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico para administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobre el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedir a nuestro plan que le reintegre (devolverle el dinero se llama con frecuencia "reembolsarle"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de la distribución de costos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios urgentemente necesarios o de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos:

   - Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios urgentemente necesarios o de emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted accidentalmente paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar más que su parte.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de distribución de costos cuando se le brindan servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, se denomina "facturación de saldos". Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo**

   Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

   Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

6. **Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones**

   Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa 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; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo en un plazo de 12 meses** desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a Reclamaciones de Servicios Médicos para reclamaciones por asuntos médicos, o a Reclamaciones de Medicamentos Recetados de la Part D para reclamaciones relacionadas con medicamentos:

Medical Services Claims
Central Health Medicare Plan Medicare Advantage Claims
ATTN: Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863

Part D Prescription Drug Claims:
Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o los medicamento están cubiertos y usted siguió las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar esta apelación.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y que se corresponda con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 1-866-314-2427 (TTY users should 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 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles

para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponible para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a especialistas en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros al 1-866-314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También

tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no le están proporcionando la atención médica o los medicamentos de la Part D dentro de un plazo razonable, el capítulo 9 indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado "Notificación de las Normas de Privacidad", que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto en los casos que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Part D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si

solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros.

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida (“PHI”) de manera que cumpla con la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (“HIPAA”). Podemos divulgar su PHI a otros grupos según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluidos, entre otros, Medicare, a otros planes, a su proveedor de atención primaria y a otros proveedores.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Central Health Premier Plan I, usted tiene derecho a recibir de nuestra parte diferentes tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan**. Esta incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los capítulos 3 y 4 se brinda información sobre los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Part D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** El capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Part D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. El capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá 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 dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, se responsabiliza por lo que pueda sucederle a su cuerpo.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados

"**testamentos vitales**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una "directiva avanzada", deberá:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Completarla y firmarla.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo. Tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja. Si desea presentar un reclamo contra un médico, puede comunicarse con la Junta médica de California al 1-800-633-2322. Si desea presentar un reclamo contra un hospital, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Licencia y Certificación de Salud Pública de California en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o reclamos y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa qué puede hacer.

Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, salud, grupo étnico, credo, edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede consultar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections”. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué servicios están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los capítulos 5 y 6 puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Part D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Part D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.
  - Debe seguir pagando una prima por su Part B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional para la Part D por sus ingresos anuales, debe seguir pagando dicho monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.

- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, deberá utilizar el **proceso para presentar reclamos**; también denominados quejas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar cuál es el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen algunos términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Se utilizan palabras simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, o “determinación de riesgos” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene un reclamo el tratamiento que recibe de nuestra aparte, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras

personas no relacionadas con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden brindarle asistencia.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL en el capítulo 2, sección 3, de este documento.

Medicare

También puede llamar directamente a Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”.**

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros preocupaciones”.**

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluso los pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo remite a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal

de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores diferentes, que no son los que tomaron la decisión original.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que estamos cumpliendo con todas las reglas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de nivel 1, enviaremos una notificación en la que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero contestamos negativamente de forma total o parcial su apelación de Nivel 1, puede presentar una apelación de Nivel 2. La apelación de nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Part B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2, por lo que usted no necesita hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Part D, si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Part D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, tiene la posibilidad de continuar hacia niveles de apelación adicionales (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios para miembros**.
- Usted **puede obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de "designación de representante". (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)

  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Part B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Part D, su médico u otro profesional que expide recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o profesional que expide recetas puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el "Formulario para nombramiento del representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **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 recetados de la Part D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- **Sección 7** de este capítulo: "cómo solicitarnos la cobertura de una internación más prolongada en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto" (*Solo aplica a los siguientes servicios*: atención de salud a domicilio, servicios de cuidados en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

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

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

Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*). Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Part B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Part B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Part B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicítenos una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicítenos una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentación de una apelación. Sección 5.3.**

4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentación de una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: **Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**, lea las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **“determinación de organización”**. Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina **“determinación acelerada”.**

<u>Paso 1:</u> decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Part B. Una “decisión rápida sobre la cobertura” generalmente se realiza dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Part B. Para obtener una decisión rápida de sobre la cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *solo* solicitar cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido.*
- Puede obtener una decisión rápida de sobre la cobertura solo si, al aplicar los plazos estándares, podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos la decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándares.

- Explica que, si su médico solicita la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la concederemos.
- Explica que puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión para otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándares.

Por consiguiente, daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de Medicare de la Part B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". Responderemos a su queja tan pronto como hayamos tomado la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días naturales adicionales.** Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración".** Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

Paso 1: decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza dentro de los 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", se la otorgaremos.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura", y están en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de una causa válida pueden incluir una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros, o si nosotros le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para justificar su apelación.**

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información para comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendarios más** si su solicitud es por un artículo médico o servicio. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días naturales** después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendarios más** si su solicitud es por un artículo médico o servicio. Si nos tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Part B.
  - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido". Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos.
  - Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del periodo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo médico o servicio, o **dentro de los 7 días calendarios** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o a toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la llama **"IRE".**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente de caso". **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su expediente de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2

- Para las "apelaciones estándar", si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días hábiles** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendarios** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: la organización de revisión independiente le brinda su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días calendarios después de haber recibido la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa con respecto a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Part B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares.** Para las **solicitudes aceleradas, tenemos 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - En la que explique su decisión
  - En la que se le notifique sobre el derecho de apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor dólar que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - En la que se le indique cómo presentar una apelación de nivel 3.

<u>Paso 3:</u> si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el capítulo 7se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió todas las normas referidas al uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendarios después de haber recibido su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos correspondientes.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la sección 5.3. En el caso de apelaciones referidas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos de la Part D recetados: ¿cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación?

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Part D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Part D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Part D y las respectivas reglas, restricciones y costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Part D.** Para simplificar, generalmente usamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "Medicamento de la Part D". También utilizamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que nosotros los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Part D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Part D se denomina **"determinación de cobertura".**

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para medicamentos de la Part D que no están en la *lista de medicamentos cubiertos* del plan.**Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para el monto del medicamento que usted puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar el pago de un monto de distribución de costos menor por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicítenos una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**. Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”.** Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **“excepción de categoría”.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que usted lo desea, puede solicitarle al plan que haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que expide recetas pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Part D para usted que no figura en nuestra Lista de Medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de distribución de costos que se aplica a los medicamentos en el nivel 5. No puede solicitar una excepción por el monto de la distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se detallan las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra lista de medicamentos.
    - Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Modificar la cobertura de un medicamento para ubicarlo en un nivel de distribución de costos inferior.** Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos se encuentra en uno de seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de distribución de costos, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.
   - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que el de su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con una menor distribución de costos permitidos. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca alternativos para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
   - Usted no puede solicitarnos que cambiemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento del nivel 5.
   - Si nosotros aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de distribución de costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a no ser que ninguno de los medicamentos alternativos en un nivel de distribución de costos más bajo sea bueno para usted o probablemente causarían una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede presentar una apelación con el fin de solicitar una nueva revisión.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión rápida sobre la cobertura".

"Decisiones de cobertura estándar" se toman dentro de las **72 horas** después de haber recibido la declaración de su médico. **"Decisiones rápidas sobre la cobertura"** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una "decisión rápida sobre la cobertura". **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar *un* medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones.
- **Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informa que su estado de salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que expide recetas, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos la decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándares.

- Explica si su médico u otro profesional que expide recetas solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura.
- La carta también le indicará cómo presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de darle cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que usted solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: solicitar una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión rápida sobre la cobertura".

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que expide recetas) o su representante puede hacer eso. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo puede dar su autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de apoyo"** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - En caso de excepciones, le responderemos en un plazo dentro de las 24 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo del médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - En caso de excepciones, le responderemos en un plazo dentro de las 72 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo del médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72** horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "Decisión de cobertura estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede decidir si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Part D se denomina una **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación acelerada**".

Paso 1: decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Una "apelación estándar" generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide recetas deberá decidir si requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura", y están en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otro profesional que expide recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una "apelación rápida".

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-866-314-2427**. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de una causa válida pueden incluir una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros, o si nosotros le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos más información para justificar su apelación.

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.

  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la sección 6.6 se detalla el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

<u>Paso 4:</u> si rechazamos la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la llama **"IRE".**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar la revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su apelación de nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente de caso". **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su expediente de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una "apelación rápida"

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización decide otorgarle una "apelación rápida", esta deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para apelaciones estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendarios** después de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendarios** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le brinda su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa con respecto a una parte o toda su solicitud de cobertura,** debemos **proveer** la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 72 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted dentro de los 30 días calendarios** después de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación en forma **parcial o total**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina "ratificar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- En la que explique su decisión.
- En la que se le notifique sobre el derecho de una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide avanzar con la apelación del nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación del nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si en el hospital no le entregan la notificación (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones de su internación en el hospital.
   - Dónde informar de cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que lo están haciendo demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.

- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Tenga su copia** de la notificación a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
   - Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
   - Para ver una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicios para miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización de mejoramiento de calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de mejoramiento de calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicita una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización de mejoramiento de calidad de su estado consulte el capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**.
  - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre otras formas de hacer su apelación, consulte la sección 7.4.

Una vez que solicite la revisión inmediata de su alta hospitalaria, la organización para el mejoramiento de calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día después de que nos comuniquemos con nosotros, le daremos una **notificación detallada del alta**. En esta notificación, se indica la fecha prevista para el alta y se detallan los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

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

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la organización de mejoramiento de calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.

- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá de nosotros una notificación por escrito en la que se indique la fecha programada de alta médica. En la notificación también se expondrán las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *sí*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización de mejoramiento de calidad responde *negativamente* a su apelación, *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la organización de mejoramiento de calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la

organización de mejoramiento de calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: usted se comunica con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendarios** después del día en que la organización de mejoramiento de calidad contestó *no* a su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días corridos de haber recibido su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo proceder están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su apelación de nivel 1?

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de nivel 1 del alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización de mejoramiento de calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación nivel 1 *alternativa*"

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: llevamos a cabo una "revisión rápida" de la fecha de alta planificada para verificar si es adecuada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Paso 3: le informamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida".

- **Si respondemos afirmativamente a su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos ofreciendo los servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** indicamos que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.

- Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: si respondemos *negativamente* a la apelación, su caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la llama **"IRE".**

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 gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una reclamo).

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.

- La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que será resuelta por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o bien presentar una apelación de nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información 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 la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección, se describen tres servicios solamente:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios) (CORF)** tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Términos legales
"Notificación de No Cobertura de Medicare." Le dice cómo usted puede solicitar una **"apelación por vía rápida".** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar el cambio de nuestra decisión de cobertura con respecto a la interrupción de su atención.

1. **Usted recibe una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En la notificación se indica lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar la notificación por escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la organización de mejoramiento de calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada

La **organización de mejoramiento de calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la calidad de atención que se provee a quienes cuenten con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presentar una apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una *apelación por vía rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización de mejoramiento de calidad de su estado consulte el capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación antes del **mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** en la Notificación de No Cobertura de Medicare.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre otras formas de hacer su apelación, consulte la sección 8.5.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales
“Notificación detallada de la no cobertura”. Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la organización de mejoramiento de calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; también se le enviará una **Notificación detallada de la no-cobertura** en la que se detallen las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: los revisores le notificarán su decisión dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que existan limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado**.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de nivel 1 – y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención – usted podrá presentar otra apelación en el nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la organización de mejoramiento de calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la organización de mejoramiento de calidad rechaza su apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: usted se comunica con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la organización para el mejoramiento de la calidad dijera *no* su apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización revisora contesta afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión adoptada con respecto a su apelación de nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo proceder están indicados en la notificación por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la organización de mejoramiento de calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación nivel 1 *alternativa*

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida"

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es negativa,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si decimos *no* a la apelación rápida, su caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la llama **"IRE".**

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando con respecto a su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **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 gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una reclamo).

Paso 2: la organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que le reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
- La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelación de nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea seguir con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo proceder están indicados en la notificación por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de nivel 2.

- En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de una apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendarios después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer en caso de apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* estar concluido.** A diferencia de una decisión del nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten continuar con una apelación de nivel 5 y cómo proseguir.

Apelación de Nivel 5	Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y resolverá en forma *positiva* o *negativa* con respecto a su solicitud. Su pronunciamiento será definitivo. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Part D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer en caso de apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, la notificación que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. La notificación también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y resolverá en forma *positiva* o *negativa* con respecto a su solicitud. Su pronunciamiento será definitivo. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con el departamento de Servicios para miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o en el consultorio de examen o para obtener una receta.

Queja	Por ejemplo:
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le enviamos una notificación obligatoria? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	S nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede hacer un reclamo. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar un reclamo. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Un **“reclamo”** también recibe el nombre de **“queja”.** • **“Hacer un reclamo”** también recibe el nombre de **“Presentar una queja”.** • **“Utilizar el proceso de reclamo” también recibe el nombre de “utilizar el proceso para presentar una queja”.** • **Una “apelación rápida” también recibe el nombre de “queja acelerada”.**

Sección 10.3 Paso a paso: hacer un reclamo

Paso 1: comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- El reclamo debe enviarse en un plazo de 60 días después del evento o incidente. Debemos tratar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido la queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es para su beneficio. Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida", consideraremos esto como un "reclamo rápido" y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si hace un reclamo porque denegamos su solicitud de una "decisión rápida sobre la cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "reclamo rápido".** Si tiene un "reclamo rápido", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o todo su reclamo o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede hacer su reclamo a la organización para el mejoramiento de la calidad**. La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo tanto a la organización para el mejoramiento de la calidad como a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar un reclamo sobre Central Health Premier Plan I directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Central Health Premier Plan I puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena a su voluntad):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las secciones 2 y 3 se indica el modo en que puede finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos poner fin a su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este deberá continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando su distribución de costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también denominado “Período Anual de Inscripciones Abiertas”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y determine la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

  Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **El periodo de inscripción anual abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción anual abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo especial de inscripción.

En ciertos casos, los miembros de Central Health Premier Plan I pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período especial de inscripción**.

Usted puede reunir los requisitos para poner fin a su membresía durante un periodo de inscripción especial si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.

- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5, sección 10 se ofrece más información sobre estos programas.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía finalizará, por lo general, el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

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

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Central Health Premier Plan I se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en Central Health Premier Plan I se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • 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 llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción a Central Health Premier Plan I será cancelada cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o envíe un pedido por correo para surtir sus recetas**.
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Central Health Premier Plan I debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Central Health Premier Plan I debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Part A y Part B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar a Servicios para miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos ni reside legalmente allí.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted continuamente se comporta de una manera disruptiva, que nos dificulta proporcionar cuidado médico para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas del plan durante 2 meses.

  - Le notificaremos por escrito que tiene que pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si debe pagar la suma adicional de la Part D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y **perderá** la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Central Health Premier Plan I no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a ella por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso cuando en este documento no se incluyan o no se expliquen las leyes.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben subsidios federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Central Health Premier Plan I, como organización de Medicare Advantage, nuestro plan ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS en las

subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre responsabilidad de terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es responsable debido a un acto negligente o intencional u omisión que causó su enfermedad o lesión, le enviaremos una declaración de los cargos razonables por los servicios prestados en relación con la lesión o enfermedad. Los cargos se calcularán como se muestra a continuación. Sin embargo, no se le exigirá que nos pague hasta que se haya establecido la responsabilidad financiera a través de la resolución del asunto, la sentencia judicial o cualquier otra cosa.

Si recupera cualquier suma del tercero responsable, debe notificarnos de inmediato lo mismo. Se nos reembolsará de dicha recuperación de un tercero por los cargos establecidos en el estado de cuenta que le enviamos, sujeto a los límites establecidos en los párrafos siguientes.

a. La cantidad de nuestro gravamen se calculará de la siguiente manera:
  - **i.** Para los servicios de atención médica que no se brindan según el uso de mayúsculas, el monto que realmente paga el Plan, el Grupo médico o la Asociación de Médicos Independientes al proveedor médico tratante; o
  - **ii.** Si los servicios se prestaron con capitación, el ochenta por ciento (80%) del cargo usual y habitual por los mismos servicios brindados sin capitación en la misma área geográfica donde se prestaron los servicios.
  - **iii.** Si usted recibió servicios de capitación y fuera de capitación, y nuestro proveedor contratado de servicios de capitación paga por los servicios no capitados que recibió, dicho gravamen no podrá exceder la suma de:
    1. Los costos razonables realmente pagados para perfeccionar el gravamen, y
    2. Los montos determinados en virtud de la sección "i" y la sección "ii" anterior.

b. Nuestra recuperación de gravamen máxima está sujeta a las siguientes limitaciones:
  - **i.** Si contrató a un abogado, el gravamen no podrá exceder el menor de los siguientes montos:
    1. La cantidad máxima determinada conforme a (a.) anterior; o
    2. Un tercio (1/3) de los fondos que tiene derecho a recibir bajo cualquier criterio, acuerdo o acuerdo final.
  - **ii.** Si no contrató a un abogado, el gravamen no podrá exceder el menor de los siguientes montos:
    1. La cantidad máxima determinada conforme a (a.) anterior; o
    2. La mitad (1/2) del dinero que tiene derecho a recibir bajo cualquier criterio, acuerdo o acuerdo final.

c. Nuestras recuperaciones de gravamen están sujetas a estas reducciones adicionales:
   i. Si un juez, jurado o árbitro hace un hallazgo especial de que usted fue parcialmente culpable, nuestra recuperación de gravámenes se reducirá por el mismo porcentaje de falla comparativa que su recuperación se redujo.
   ii. Una reducción proporcional de los honorarios razonables de su abogado (si los hubiera) y los costos.

Los límites anteriores sobre las recuperaciones de gravámenes no se aplican a los gravámenes de compensación de trabajadores.

Esta sección completa no se aplica al programa Medi-Cal, ya que los gravámenes 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 las cargas para los servicios hospitalarios.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted otorga a Central Health Premier Plan I una cesión de, y una reclamación y un gravamen contra, cualquier monto que se recupere mediante liquidación, sentencia o veredicto. Es posible que tengamos que ejecutar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, reclamación o gravamen a fin de determinar el derecho de recuperación.

Dentro de los 30 días posteriores a la presentación de una reclamación o acción legal contra un tercero, debe enviar una notificación escrita de la reclamación o acción legal a Central Health Premier Plan I (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Además, por contrato, delegamos a nuestros proveedores el derecho de afirmar derechos de gravamen de terceros contra nuestros miembros por los servicios de atención médica que el proveedor le brindó o coordinó para ellos. Los grupos médicos contratados, las asociaciones de médicos y médicos independientes que validen los derechos de gravamen contra los miembros deben hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos anteriormente.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: un lapso de tiempo establecido desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Saldo de Facturación: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro de Central Health Premier Plan I, usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “le facturen el saldo” o de otro modo le cobren más que el monto de distribución de costos que, de acuerdo con el plan, usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya finalizado, comienza un nuevo período de beneficios.Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos de la Part D en la que paga un monto baja de copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan Chronic-Care Special Needs: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales que sufran condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la provisión de servicios básicos de las Part A y Part B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere en todos los planes Medicare Advantage Coordinated Care, para poder recibir la designación, el marketing y las adaptaciones de inscripción proporcionados a los C-SNP.

Coseguro: un monto que quizá deba pagar, que se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Reclamo: el nombre formal para "hacer un reclamo" es "presentar una queja". El proceso de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los periodos en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, incluidos los servicios de fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, los servicios de patología del habla y el lenguaje y los servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de Costos: La distribución de costos se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de "copago" fijo que un plan exija pagar al recibir medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija pagar al recibir medicamentos o servicios específicos.

Nivel de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de los 6 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor será el costo que le corresponde a usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si

lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia lo ofrecen personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Tarifa de Distribución de Costos Diaria: Una "tarifa de distribución de costos diaria" puede aplicarse si su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, y usted está obligado a pagar un copago. La tarifa de distribución de costos diaria es el copago dividido por la cantidad de días de suministro de un mes. Veamos un ejemplo: si su copago para un suministro para un mes de un medicamento es de $30 y el suministro para un mes en su plan es para 30 días, entonces su "tarifa de distribución de costos diaria" es de $1 por día.

Deducible: suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Tarifa de preparación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecer una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Planes Dual Eligible Special Needs (D-SNP): los D-SNP inscriben personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia

médica de un plan estatal contemplado en Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida o el deterioro grave de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: los servicios cubiertos que son: (1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos de su plan (una excepción a la lista de medicamentos), o para adquirir un medicamento no preferido a un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción a la lista de medicamentos).

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare o de un estado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluso reclamos por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de salud a domicilio: una persona que proporciona servicios que no requieren de la destreza de un terapeuta o personal de enfermería autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de atención para pacientes terminales: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que, según certificación médica, padece una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”.

Suma de ajuste mensual conforme con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual conforme 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 ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidas las sumas que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado los $4,660.

Período de Inscripción Inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que usted puede inscribirse para la Part A y la Part B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumple 65 años, incluye el mes que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes que cumple 65 años.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a individuos elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo de índole similar que estén cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros

mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "lista de medicamentos"): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos: consulte "Ayuda Adicional".

Suma máxima de su bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Part A y la Part B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas del plan, las primas de Medicare Part A y Part B, y los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Part C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Part A y Part B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage. El plan HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de Descuentos para la Etapa sin Cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Part D a los afiliados en la Part D que hayan alcanzado la Etapa sin Cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Part A y la Part B de Medicare. Todos los planes de salud Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y B. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como dentales, de visión o de audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Part A y Part B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes Medicare Cost, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las "brechas" en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha afiliado en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que contrata con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los "**Proveedores de la Red**" tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto deben pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan "decisiones de cobertura".

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por cada servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Part A (Seguro de Hospital) y Part B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha acordado con nuestro plan la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de Bolsillo: consulte la definición de "distribución de costos" descrita anteriormente. Un requisito de distribución de costos que un miembro tiene que pagar por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de "gastos de bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible.

Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Part C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Part D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Part D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Part D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Part D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso como medicamentos de la Part D cubiertos. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Part D.

Multa por inscripción tardía en la Part D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma suma que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Part D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el miembro cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos: los artículos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

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

Área de servicios: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan deberá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un profesional de enfermería registrado o un médico.

Período especial de inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Central Health Medicare Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Central Health Medicare Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Central Health Medicare Plan

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita solicitar estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 (TTY 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Si considera que Central Health Medicare Plan no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para presentar una queja o enviar un carta a:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863
Teléfono: 1-866-314-2427, TTY: 711
Fax: 1-626-388-2361
Correo electrónico: memberservices@centralhealthplan.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Medicare Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Inserción en Varios Idiomas
Servicios de Intérprete en Varios Idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-314-2427. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-314-2427. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何 疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-314-2427。我们的中文工作人员很乐意 帮助您。 这是一项免费服务。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的 翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-314-2427。我們講中文的人員將樂意為您提 供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-314-2427. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurancemédicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-314-2427. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-314-2427 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-314-2427. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-314-2427 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-314-2427. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-314-2427. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:
हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-314-2427. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-314-2427. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-314-2427. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo Francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-314-2427. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-314-2427. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-866-314-2427 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは 無料のサー ビスです。

Servicios para Miembros de Central Health Premier Plan I

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	1-866-314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana
FAX	1-626-388-2361
ESCRÍBANOS	PO Box 14244 Orange, CA 92863
SITIO WEB	www.centralhealthplan.com

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (California SHIP)

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*