2026

Evidencia de Cobertura

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

California H5649-025-002

Condados de Fresno, Imperial, Kings, Madera, y Tulare

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

H5649_26_025_002_CA_EOC_C
CA-H5649-25-2-EC-ES-26-S-V2

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

En este documento se ofrecen detalles acerca de su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Central Health Medicare depende de la renovación del contrato.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Úselo para informarse acerca de lo siguiente:

- La prima y la distribución de costos de nuestro plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), se ofrece a través de Central Health Medicare Plan. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Central Health Medicare Plan. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

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 o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice

CAPÍTULO 1: Empezar a ser miembro 4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 7
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima de plan mensual 11
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan 12
SECCIÓN 7 Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan 13

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 15
SECCIÓN 1 Contactos de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 15
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 18
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) 19
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) 20
SECCIÓN 5 Seguro Social 21
SECCIÓN 6 Medicaid 21
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos recetados 22
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 25
SECCIÓN 9 Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador 25

CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos 26
SECCIÓN 1 Cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan 26
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 27
SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención? 31
SECCIÓN 4 Cómo proceder si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos 33
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 33
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud 35
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 35

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 37
SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 37
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos 38
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 82

CAPÍTULO 5: ¿Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D? 85
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 85

Índice

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan ... 85
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan ... 88
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura ... 90
SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría? ... 91
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 93
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 95
SECCIÓN 8 ¿Cómo adquirir un medicamento recetado? ... 96
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 96
SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos ... 98

CAPÍTULO 6: Lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D ... 100
SECCIÓN 1 Lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D ... 100
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) ... 102
SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB)* se explica en qué etapa de pago está ... 102
SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible ... 103
SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial ... 104
SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica ... 108
SECCIÓN 7 Lo que debe pagar por las vacunas de la Parte D ... 108

CAPÍTULO 7: ¿Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos? ... 110
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos ... 110
SECCIÓN 2 ¿Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que ha recibido? ... 112
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos de manera afirmativa o negativa ... 113

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ... 114
SECCIÓN 1 En nuestro plan se deben respetar sus derechos y sensibilidades culturales ... 114
SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan ... 119

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) .. 121
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud ... 121
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada ... 121
SECCIÓN 3 Qué proceso se puede aplicar para su problema ... 122
SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones ... 122
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación ... 125

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación 131
SECCIÓN 7 ¿Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando el alta demasiado pronto? 140
SECCIÓN 8 ¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto? 144
SECCIÓN 9 ¿Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5? 147
SECCIÓN 10 ¿Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes? 149

CAPÍTULO 10: Finalización de membresía en el plan 153
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 153
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 153
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 155
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 156
SECCIÓN 5 Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en determinadas situaciones 156

CAPÍTULO 11: Avisos legales 159
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 159
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 159
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 159

CAPÍTULO 12: Definiciones 160

CAPÍTULO 1:
Empezar a ser miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (“Special Needs Plan”)

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP).

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado ("Special Needs Plan" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) está diseñado para ofrecer beneficios de salud adicionales que ayuden específicamente a las personas que tienen diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico).

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o los trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades específicas de personas con estas condiciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las condiciones médicas, incluidos los medicamentos suelen utilizarse en el tratamiento de la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o los trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). Como miembro de nuestro plan, obtendrá beneficios exclusivamente personalizados a su condición y coordinará toda su atención a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted y describe cómo Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y todos los avisos que le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) después del

31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) todos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos seguir ofreciéndolo y Medicare renueva su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted califica para la membresía en nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Está inscrito en Medicare Part A y Medicare Part B.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio geográfica a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades específicas de las personas que tienen ciertas condiciones médicas. Para calificar para nuestro plan, debe tener lo siguiente: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o uno de los siguientes trastornos cardiovasculares: arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica o trastorno tromboembólico venoso crónico.

Nota: si deja de calificar para nuestro plan, pero existe la posibilidad de que la recupere en un plazo de dos meses, entonces todavía califica para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4 se incluye información sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo de elegibilidad continua presunta.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Condados de Fresno, Imperial, Kings, Madera, y Tulare.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

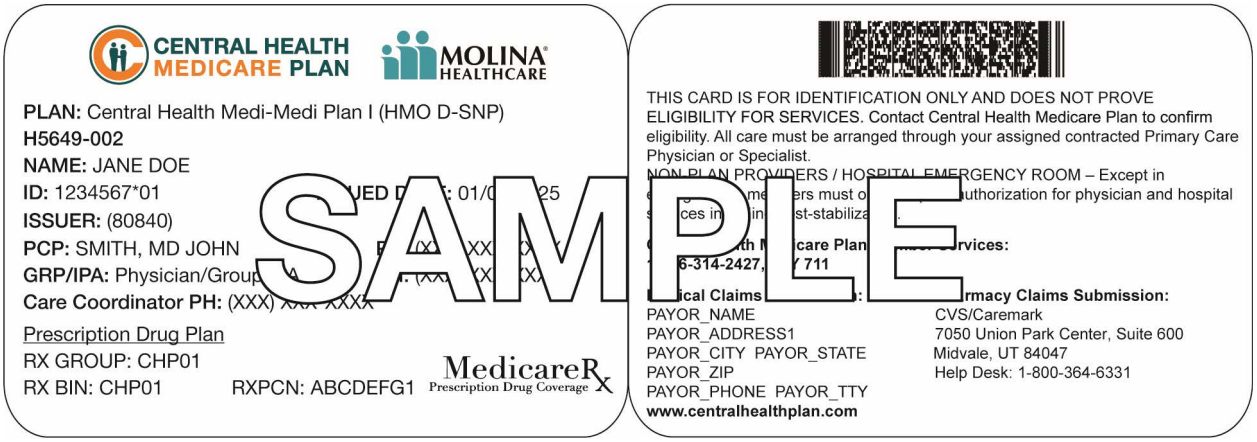
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal en los EE. UU.

Usted debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en función de este requisito. Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con dicho requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Mientras sea miembro de este plan, NO utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si se le daña, se le pierde o le roban su tarjeta de membresía del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de proveedores,* www.centralhealthplan.com, se enumeran nuestros proveedores de la red actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Usted debe utilizar proveedores de la red para obtener atención médica y servicios médicos. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias,

los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Departamento de Servicios para Miembros. Para ello, llame al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* impresos que haya solicitado se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

En el *Directorio de farmacias* www.centralhealthplan.com se incluye una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros. Para ello, llame al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella, se especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP).

En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.centralhealthplan.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan*	**$0**

	Sus costos en 2026
* Su prima puede ser superior a este monto. Diríjase a la Sección 4.1 para obtener más información.	
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 1.2 para obtener más información).	**$1,900**
Consultas a un médico de atención primaria	**$0 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio del médico especialista	**$0 de copago por consulta**
Hospitalización como paciente internado	**Usted paga $0 de copago por día por los días del 1 - 5.** **Usted paga $200 de copago por día por los días del 6 - 9.** **Usted paga $35 de copago por día por los días del 10 - 90.**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más información).	**$615 excepto para los medicamentos de Nivel 1, Nivel 6, productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 6 para obtener más información, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** • **Nivel 1 de medicamentos: $0** • **Nivel 2 de medicamentos: 15%** • **Nivel 3 de medicamentos: 15%** • **Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Nivel 4 de medicamentos: 30%** • **Nivel 5 de medicamentos: 25%** • **Nivel 6 de medicamentos: $0** **Etapa de Cobertura Catastrófica:** • **En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Sus 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 Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual por separado por Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP).

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* quizá no se aplique a su caso**. Le hemos enviado un documento por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el que se describe la cobertura de los medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida su *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de Medicare Part B y de Medicare Part D difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted 2026*, en la sección llamada *Costos de Medicare 2026*. Ingrese en el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) para descargar una copia o llame por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no califican para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que terminó el periodo de inscripción inicial, hubo un periodo de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), le informaremos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D en los siguientes casos:

- Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar los costos de los medicamentos.
- Si pasó menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Si tuvo cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (por ejemplo, un exempleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o un boletín informativo de ese

plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla más adelante para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** en las cartas o avisos se debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable y que se espera que pague lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** las tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no son una cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Le explicamos cómo funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de reunir los requisitos para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determinará el monto del promedio nacional de las primas mensuales de los planes de medicamentos de Medicare del año anterior (prima básica nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de esta prima es de $38.99.
- Para calcular la multa mensual que le corresponde, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $38.99, lo que da como resultado $5.46. Esto se redondea a $5.40. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan de la persona sujeta a la multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres aspectos importantes que debe saber sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D mensual:

- **La multa puede cambiar todos los años** porque la prima básica nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Part D, aunque cambie de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial en Medicare para adultos.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días posteriores** a la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de 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, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta suma, usted pagará la prima estándar y el IRMAA

adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será el monto adicional. El monto adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague usted habitualmente la prima del plan, a menos que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar junto con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos indicados en el Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima de plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Existen tres formas en las que puede pagar la multa. Puede informarnos sobre su elección de opción de pago o cambiar su opción de pago actual comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual en concepto de multa por inscripción tardía en la Parte D. 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 recibirse antes del 15 de cada mes. Si necesita reemplazar su factura mensual, llame al Departamento de Servicios para Miembros. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la contraportada de este folleto).

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

Puede pagar mediante EFT, lo que significa que el plan debitará de forma directa y automática la multa por inscripción tardía de su cuenta corriente o caja de ahorros. En el formulario de inscripción incluido en su paquete de inscripción, complete la sección de información bancaria para comenzar sus pagos mediante EFT. Las deducciones automáticas se realizarán entre el 23 y el 30 de cada mes. Si necesita cambiar su opción de

pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Hacer que la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se deduzca la prima de la multa por inscripción tardía en la Parte D 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 ayudarle a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si decide cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

El pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D debe llegar a nuestras oficinas antes del 15 del mes.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía en la Parte D (si tiene dicha deuda), llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si le podemos recomendar programas que le ayuden a cubrir sus costos.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde, o que deba empezar a pagarla, si le corresponde o es posible que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted empieza a calificar para recibir Ayuda Extra (Extra Help) o si pierde la elegibilidad para este beneficio durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía en la Parte D y califica para recibir Ayuda Extra (Extra Help) durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda Extra (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Obtenga más información sobre Ayuda Extra (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía contiene información tomada de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número de teléfono. Allí se indica la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores incluidos en la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de distribución de costos**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos si se produce alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidente laboral o Medicaid)
- Reclamaciones de responsabilidad civil, como una reclamación por un accidente automovilístico
- Si se le admite en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna parte de esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmenos.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un seguro médico adicional con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que tiene en nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerarán todas las demás coberturas de atención médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el pagador principal) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el pagador secundario) solo paga si hay costos que no cubre la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura del plan médico grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, el pagador principal se definirá en función de la edad que usted tenga, el número de empleados

que tenga su empleador y de si tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

- Si es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o su familiar) todavía trabaja, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted califique para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero por los servicios relacionados con cada tipo:

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

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

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nos complacerá ayudarle.

Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto	
Llame al	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros, con el número (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Sitio web	www.centralhealthplan.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación relacionada con su atención médica

Una decisión sobre la cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	(866) 314-2427

Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Para decisiones de cobertura de reclamaciones médicas: Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802 Para apelaciones de reclamaciones médicas: Molina Healthcare ATTN: Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977 Para administración de medicamentos recetados y apelaciones de asuntos clínicos: Molina Healthcare ATTN: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
Sitio web	www.centralhealthplan.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar reclamos referidos a nosotros o nuestros proveedores o farmacias de la red, 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 presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos por atención médica: información de contacto	
Llame al	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Reclamos por atención médica: información de contacto	
Fax	(310) 507-6186 para quejas de reclamaciones médicas
Escriba a	Para reclamos por atención médica: Molina Healthcare ATTN: Appeals & Grievances PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977 Reclamos por medicamentos recetados: Molina Healthcare ATTN: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Llame al	(866) 314-2427 (para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago por escrito). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Escriba a	Reclamaciones médicas: Central Health Medicare Plan Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802

Solicitudes de pago: información de contacto	
	Reclamaciones de medicamentos recetados: Molina Healthcare ATTN: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
Sitio web	www.centralhealthplan.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan

Información de contacto de Medicare	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de preventivas). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo.

Información de contacto de Medicare	
	• Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). **Para presentar una queja a Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties).

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) le pueden ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o un tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, los asesores de Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) pueden ayudarle a resolver preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de planes.

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) (SHIP de California): información de contacto	
Teléfono	Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117 Imperial County: (760) 353-0223 Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) (SHIP de California): información de contacto	
Correo postal	Fresno and Madera Counties: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 Imperial County: Elder Law & Advocacy 939 W. Main Street, Box #19 Basement El Centro, CA 92243 Kings and Tulare Counties: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291
Sitio web	https://www.aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En California, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen recibir medicamentos equivocados, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) termina demasiado pronto.

Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): información de contacto	
Teléfono	(877) 588-1123 de lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local), sábado y domingo: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas
TTY	Dial 711 (855) 887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California): información de contacto	
Correo postal	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare. También se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos más elevados. Si ha recibido una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene alguna pregunta, o bien si sus ingresos disminuyeron debido a un evento trascendental, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para informarles al respecto.

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y completar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar los gastos de dicho programa, como las primas. Entre estos **Programas de Ahorros de Medicare** se incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado para Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B, así como otras formas de distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que reciben QMB también pueden ser elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que reciben SLMB también pueden ser elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados y empleados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal (programa de Medicaid de California): información de contacto	
Llame al	(916) 449-5000 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excepto días festivos
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Sitio web	https://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos recetados

En el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) encontrará información sobre formas de reducir los costos de los medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Extra (Extra Help) que puede ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. El programa Ayuda Extra (Extra Help) también se tiene en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir Ayuda Extra (Extra Help), Medicare le enviará una carta de color morado para informarle que, si no califica automáticamente, puede presentar una solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda Extra (Extra Help):

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar una solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda Extra (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales ofrecen ayuda para cubrir otros costos de Medicare. El

Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud para el MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud del programa Ayuda Extra (Extra Help).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta médica en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

La Mejor Evidencia Disponible (BAE) que se encuentra en la web en https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación sobre BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros indicada en el Capítulo 2.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (Extra Help). Aceptamos las siguientes formas de evidencia de elegibilidad para acceder a un copago más bajo:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal en la que se confirme su estado activo en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia impresa del archivo electrónico de inscripción estatal en la que se muestre el estado de inscripción en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una captura de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid en la que se muestre el estado de inscripción en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado en la que se muestre el estado de inscripción en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de una carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social
- En el caso de una persona que está institucionalizada, aceptaremos lo siguiente:
  - Un comprobante de pago del centro en el que se demuestre el pago de Medicaid correspondiente a un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
  - Una copia de un documento estatal en la que se muestre que Medicaid le pagó al centro
  - Una captura de pantalla de Medicaid en la que se muestre que Medicaid le efectuó el pago a un centro

- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto indicado cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante cheque o mediante un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le queda debiendo, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si recibe Ayuda Extra (Extra Help) y tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que califican para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el HIV que les permiten mantener su salud.

Los medicamentos de Medicare Part D que también están incluidos en el formulario del programa ADAP califican para la ayuda con la distribución de costos de los medicamentos recetados a través de Office of AIDS.

Nota: Para calificar para el programa ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como evidencia de residencia en el estado y del estado de HIV, tener bajos ingresos (según lo definido por el estado) y no estar aseguradas o estar subaseguradas. Si cambia de plan, comuníqueselo a la persona encargada de inscribirle en el programa ADAP de su localidad para poder seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Office of AIDS (916) 449-5900.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente durante 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: información de contacto	
Teléfono	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros ((866) 314-2427; los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Correo postal	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Sitio web	www.centralhealthplan.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 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 Jubilación de Empleados Ferroviarios, debe informarles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, llame a la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del empleador o grupo de jubilados de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan y tiene alguna pregunta, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede consultar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción que ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual junto con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para que su atención médica esté cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proveer servicios médicos y atención. 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 médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su distribución de costos como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde de los costos de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir todas las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) cubrirá su atención médica en los siguientes casos:

- **Si la atención médica que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **Si la atención médica que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos 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.
- **Si usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.

- **Si debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red. Si desea obtener más información y saber cuáles son los servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que pagaría normalmente dentro de la red. Se debe obtener la autorización del plan o de su PCP antes de solicitar atención. En esta situación, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Si desea obtener información sobre cómo obtener la aprobación para recibir atención de un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que le brinda este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. La distribución de costos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que la distribución de costos de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no puede ser mayor que la distribución de costos que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor de la red a quien acude habitualmente para recibir diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir servicios dentro de nuestra área de servicio por parte de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos por la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?

¿Qué es un PCP?

Cuando se inscribe en el plan, usted debe elegir un proveedor del plan contratado como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Dado que su PCP será quien provea y coordine su atención médica, usted debe solicitar que todas sus historias clínicas anteriores se envíen a la oficina de su PCP.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?**
  Muchos de nuestros PCP son médicos internistas, médicos de familia y médicos generales. En ocasiones, 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 está contratado como PCP.
- **¿Cuál es la función de mi PCP?** Su PCP le proveerá la mayor parte de su atención, incluida la atención de rutina y básica, y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para poder consultar a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una "remisión" a un especialista). Esto incluye coordinar lo siguiente:
  - Radiografías
  - Análisis de laboratorio
  - Terapias
  - Atención de médicos especialistas
  - Admisiones hospitalarias
  - Atención de seguimiento
- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de servicios cubiertos?**
  Una vez que su PCP determine que necesita atención de un especialista, se encargará de coordinar su remisión. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Algunas remisiones no requieren la aprobación previa del plan. Su PCP tiene una lista de los especialistas y proveedores a los que puede acudir sin necesidad de obtener una aprobación previa. Esto se denomina "remisión directa".
- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de la autorización previa, si corresponde?**
  Si necesita un especialista, pero este no figura en la lista de remisión directa, necesitará la autorización previa de su plan. Su PCP es responsable de solicitar la autorización previa. En la Sección 2.3 a continuación se describe con más detalle el proceso para obtener la autorización previa para la atención médica.
- **¿Cómo elegir un PCP?**
  Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que actúe como su PCP. Consulte nuestro Directorio de proveedores para conocer la lista de médicos que son PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir un nuevo PCP.

Si desea cambiar de PCP, visite nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com para encontrar un nuevo PCP y, a continuación, llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto). Su nueva asignación de PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Lo mismo se aplica si desea cambiar de Asociación de Proveedores Independientes (IPA) o grupo médico.

Si cambia de PCP, es posible que solo pueda acudir a determinados especialistas u hospitales a los que ese médico le refiera (como una subred, especialistas, laboratorios, servicios de radiología, etc.).

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una remisión del PCP

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

- Atención médica de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son los que se prestan en caso de enfermedades o lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. No se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área.
- Examen físico anual a cargo de un proveedor dentro de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con condiciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares

Es posible que algunas remisiones a especialistas y otros proveedores no requieran aprobación previa. En ese caso, su PCP tiene una lista de proveedores a los que se le puede remitir directamente. Antes de consultar a estos proveedores, hable primero con su PCP.

Si un especialista u otro proveedor del plan no figura en esta lista, se debe obtener una autorización previa, tanto para la visita inicial como para las visitas de seguimiento. Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a algún otro proveedor. Si no recibió una remisión (aprobación por adelantado) antes de obtener los servicios de un especialista, posiblemente usted sea quien deba pagar estos servicios. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Si su PCP forma parte de un grupo médico o de una Asociación de Proveedores Independientes (IPA), es posible que se le exija consultar a proveedores o especialistas asociados con el grupo o la IPA. Si hay especialistas específicos a los que desea consultar, averigüe si su PCP remite pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan a los que remite a sus pacientes. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas a los que puede acudir. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede remitirle. Si hay hospitales específicos a los que desea acudir, primero debe averiguar si su PCP o los médicos que va a consultar utilizan esos hospitales.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le ha asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor dentro de la red calificado para que siga recibiendo atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación del tratamiento o de las terapias que sean médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con la misma distribución de costos que tendría dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que coordine su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo formal sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

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

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

Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, autorizaremos al proveedor fuera de la red adecuado. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtener atención en caso de 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 usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está cursando un embarazo, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP. Tampoco es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte del mundo.
- **En cuanto pueda, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. (866) 314-2427. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Su cobertura de atención de emergencia, servicios requeridos urgentemente y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo es de hasta $50,000. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Después de que la emergencia médica haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su estado sigue siendo estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen cualquier atención adicional. El plan cubrirá su atención de seguimiento.

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

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

En ocasiones, puede ser difícil saber si su situación es una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia creyendo que su salud corre grave peligro, pero el médico puede considerar que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trató de una emergencia, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica que reciba.

Sin embargo, una vez que el médico determine que no se trataba de una emergencia, *solo* cubriremos la atención adicional si la recibe de una de estas 2 formas:

- si usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional, o
- si la atención adicional que recibe se considera un servicio requerido urgentemente y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir atención de emergencia.

Sección 3.2 Obtener atención en caso de servicios requeridos urgentemente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de su plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son los que se prestan en caso de enfermedades o lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, no se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Si necesita ayuda para localizar el centro de atención de emergencias de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado. Debe presentar una solicitud de reembolso. Si desea más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7.

Sección 3.3 Obtener atención en caso de un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del U.S. Department of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite www.centralhealthplan.com para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con la distribución de costos que tendría dentro de la red. Si no puede usar

una farmacia de la red durante un desastre, podría surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que nuestra distribución de costos del plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos o los servicios que exceden un límite de beneficios no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo de su plan.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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 observar la acción de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de sus servicios de atención médica (aquellos que no estén relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar la distribución de costos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni obtenga aprobación de parte nuestra. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de

dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que obtiene como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas durante una hospitalización 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 pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos en Medicare Original y la distribución de costos que paga dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que el monto que usted pagará por los servicios recibidos como parte del estudio será el mismo que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que acredite el monto de distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de distribución de costos en un ensayo clínico: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de $100. Su parte del costo de estos análisis es de $20 con Medicare Original, pero tendrían un costo de $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por los análisis y usted pagaría los $20 de copago que requiere Medicare Original. Usted deberá informar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Posteriormente, nuestro plan le pagaría directamente a usted $10. De este modo, su pago neto por el análisis es de $10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que cubra el artículo o servicio incluso si usted no participa en el estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su condición médica normalmente requeriría una sola CT.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada *Medicare y los estudios de investigación clínica*, disponible en

www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 Una institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que brinda atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone conscientemente a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuados** son cualquier tipo de atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y que *no se exija* en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* es de carácter voluntario o *se exige* en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para contar con la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada;
  - *y* debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de que le admitan en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Las mismas normas de cobertura que rigen los límites de atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare se aplican a las instituciones religiosas no médicas de atención de la salud. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

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

Sección 7.1 No será propietario de cierto equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un

proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo después de haber pagado los copagos correspondientes durante 13 meses. **Como miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), generalmente no obtendrá la propiedad de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME con Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba inscrito en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la propiedad del artículo cuando vuelva a inscribirse en Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

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

Si usted califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de 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 usted abandona Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces debe devolver el equipo.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago correspondiente al oxígeno). Después de 5 años, puede optar por seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar, incluso si se queda con la misma compañía, y deberá pagar nuevamente los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado para Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si usted está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2026, el **monto del MOOP es de** $1,900.

Lo montos que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $1,900, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), usted cuenta con una protección importante, ya que solo tiene que pagar su monto de distribución de costos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo.** Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una remisión o cuando se necesitan servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una remisión o cuando se necesitan servicios de emergencia o fuera del área de servicio).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas se enumeran los servicios que cubre Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte 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 condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si este fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica 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 se trate de una emergencia, una urgencia o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación previa (remisión) antes de que usted consulte a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan autorización por adelantado se indican en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de atención que le brinda tratamiento.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo de acuerdo con Medicare Original, también cubrimos dichos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o controles por una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la condición médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de meses de elegibilidad continua presunta de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan y los montos de distribución de costos no cambiarán durante este periodo.

Información importante sobre beneficios para miembros con condiciones crónicas

- Si se le diagnostica cualquiera de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede calificar para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
  - Trastornos autoinmunitarios
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico)
  - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)

  - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
  - Enfermedad gastrointestinal crónica
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Enfermedad renal crónica (CKD)
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Afecciones asociadas con deterioro cognitivo
  - Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
  - Condiciones con desafíos funcionales
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - VIH/SIDA
  - Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
  - Trastornos neurológicos
  - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
  - Trasplante de órganos
  - Trastornos hematológicos graves
  - Accidente cerebrovascular
- Determinaremos su elegibilidad en función de lo siguiente:
  - Una confirmación de su diagnóstico que cumple con los requisitos por parte de sus proveedores de atención médica
- Es posible que se requiera autorización previa.
- Su elegibilidad se evaluará cada año para garantizar que siga reuniendo los requisitos para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente para qué beneficios puede calificar

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Un solo examen de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal (continuación)	
	Puede que se requiera una remisión del médico.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como el dolor que cumple con estas características: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.). • No está asociado con una cirugía. • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en la sección 1861 (r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la sección 1861 [aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por	Usted paga $0 de copago por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare, o la distribución de costos profesional aplicable si recibe servicios de un médico de atención primaria o un especialista. Consulte la sección “Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio del médico” para obtener detalles. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)	
nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos§ § 410.26 y 410.27.	
Acupuntura: atención de rutina*	
Hasta 12 consultas de acupuntura de rutina por año. Estas 12 consultas se combinan con consultas quiroprácticas de rutina.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios de ambulancia	
Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o no emergencia, incluyen ambulancias aéreas de ala fija, ambulancias aéreas de ala rotatoria y ambulancias terrestres hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, siempre que se presten a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o que hayan sido autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga $200 de copago por viaje por servicios de ambulancia terrestre. Usted paga $0 de copago por traslados programados en ambulancia terrestre, que no son de emergencia, entre instituciones, lo que incluye lo siguiente: • Entre hospitales de agudos • Entre centros de enfermería especializada (SNF) • De un hospital de agudos a un centro de enfermería especializada (SNF) *Es posible que se requiera autorización previa.* Usted paga 20% de coseguro por cada viaje en los servicios de ambulancia aérea. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Cobertura de transporte de emergencia en todo el mundo*	
Se proporciona cobertura para los 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 $140 de copago por cada viaje en servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cobertura de transporte de emergencia en todo el mundo* (continuación)	
Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente y un comprobante de pago en inglés y dólares estadounidenses para el reembolso de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). Revisaremos la documentación para verificar la necesidad médica y la idoneidad antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	Hay un máximo anual de $50,000 para los servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia en todo el mundo, los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.
Examen físico anual de rutina*	
El examen físico anual de rutina incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas radiológicas o no radiológicas ni pruebas diagnósticas. Se puede aplicar una distribución de costos adicional a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada durante su consulta, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. El examen físico anual de rutina se limita a uno cada año.	Usted paga $0 de copago.
Visita preventiva anual	
Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o 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 preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta de bienestar de *"Bienvenida 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 Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Mediciones de masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, capacitación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 de copago por consulta para rehabilitación cardíaca. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por consulta para rehabilitación cardíaca intensiva. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)	
Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle 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 de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de 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. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera 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 los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si presenta alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad reproductiva y tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera 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 $0 de copago por consulta.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos (continuación)	
	Es posible que se requiera autorización previa. *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios quiroprácticos: atención de rutina*	
Hasta 12 consultas quiroprácticas de rutina por año. Estas 12 consultas se combinan con consultas de acupuntura de rutina.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios de control y tratamiento del dolor crónico	
Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	La distribución de costos de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Consulte las filas que describen los servicios individuales para obtener información sobre la distribución de costos.
Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga $0 de copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)	
• La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Exámenes de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	*Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:	Usted paga $0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios dentales preventivos*	
• Examen bucal	Usted paga $0 de copago.
• Radiografías dentales	Usted paga $0 de copago.
• Otros servicios dentales de diagnóstico	Usted paga $0 - $6 de copago.
• Profilaxis (limpieza)	Usted paga $0 de copago.
• Tratamiento con flúor	Usted paga $0 de copago.
• Otros servicios dentales preventivos	Usted paga $0 - $20 de copago.
Servicios dentales integrales*	
• Servicios de restauración	Usted paga $25-$400 de copago.
• Endodoncia	Usted paga $25-$720 de copago.
• Periodoncia	Usted paga $0-$780 de copago.
• Prostodoncia removible	Usted paga $0-$600 de copago.
• Servicios de implantes	Usted paga $45-$2,160 de copago.
• Prostodoncia fija	Usted paga $0-$840 de copago.
• Cirugía bucal y maxilofacial	Usted paga $0-$380 de copago.
• Servicios generales adicionales	Usted paga $0-$300 de copago.
Los beneficios pueden estar sujetos a exclusiones y limitaciones de acuerdo con las pautas de los códigos de la American Dental Association (ADA). Consulte su Evidencia de Cobertura dental para obtener más información sobre beneficios.	*Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda proveer remisiones o tratamientos de seguimiento	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección de diabetes	
Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de 2 exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de la diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera 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 controlar la glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (continuación)	
• Para las personas que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par de zapatos terapéuticos moldeados personalizados por año calendario (incluidas las plantillas ortopédicas proporcionadas con los zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas proporcionadas con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación a medida.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Ciertos suministros para diabéticos, incluidos los productos para análisis de glucosa en sangre, están limitados a marcas y fabricantes específicos. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas de Trividia Health (TrueMetrix). La lista más reciente de estos suministros para diabéticos está disponible en nuestro sitio web.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de lo que es equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, 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 que cubre Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.	Usted paga $0-20% de coseguro. Usted paga $0 por artículos de $100 o menos y 20% de coseguro por artículos de más de $100. Las unidades de DME que se presenten en un paquete indivisible se contarán como un solo artículo Su distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de 20% cada mes. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención 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 que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), 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 intenso o una condición médica que empeora rápidamente. La distribución de costos por servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que cuando reciba estos servicios 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). Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente, junto con el comprobante de pago en inglés y en dólares estadounidenses, para que Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) pueda procesar el reembolso. Revisaremos la documentación para determinar la necesidad médica y la adecuación antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario, los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	Usted paga $150 de copago por consulta para todos los servicios de emergencia. El copago no se aplica si se le admite en un hospital en un plazo de 3 días. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta *O* debe recibir su atención como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Usted paga $140 de copago por consulta por los servicios de emergencia en todo el mundo. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y luego enviar una solicitud de reembolso. Hay un máximo anual de $50,000 para los servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia en todo el mundo, los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar	
Beneficio de acondicionamiento físico* Obtiene una membresía en un gimnasio en los gimnasios participantes. Si no puede visitar un gimnasio o prefiere hacer ejercicio también desde su casa, puede seleccionar un kit de acondicionamiento en el hogar. El kit le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su hogar. Las opciones de acondicionamiento físico en el hogar incluyen la elección de un rastreador de ejercicios, kits de fuerza o de yoga. Si elige hacer ejercicio en un gimnasio, puede ver el sitio web y seleccionar una ubicación participante, o puede ir directamente a un gimnasio participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits están sujetos a cambios.	Usted paga $0 de copago. Hable siempre con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicio. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Educación para la salud* Las clases de Educación para la salud se ofrecen en persona o como sesiones educativas interactivas virtuales con profesionales de atención médica para proporcionar información médica. También se proporcionan materiales de Educación para la salud, junto con orientación telefónica en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de metas.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Audífonos*** Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos los siguientes beneficios suplementarios: • **Exámenes de audición de rutina***: un examen al año. • **Evaluaciones para el ajuste de audífonos***: una evaluación de ajuste por año • **Audífonos***: hasta dos audífonos cada año Nuestro plan tiene un contrato con proveedores aprobados para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de un proveedor aprobado por el plan.	Usted paga $0 de copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare. Usted paga $0 de copago por un máximo de un examen de audición de rutina cada año. Usted paga $0 de copago por un máximo de una consulta de ajuste/ evaluación de audífonos cada año. $575 por audífono para el modelo de entrada $699 de copago por audífono para el modelo básico $999 de copago por audífono para el modelo principal

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición (continuación)	
Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener ayuda para acceder a este beneficio (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento).	$1,399 de copago por audífono para el modelo preferido $1,599 de copago por audífono para el modelo avanzado $2,099 por audífono para el modelo prémium *Es posible que se requiera autorización previa.*
Examen de detección de VIH	
Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de tener una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Atención de agencias de atención médica domiciliaria	
Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde dichos servicios. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de personal de enfermería de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria 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 $0 de copago por consulta. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona 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, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén 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 este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	Usted paga 20% de coseguro por consulta, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Cuidado paliativo Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser 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 atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si usted permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Part A o B relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el	Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no los paga Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). Las consultas de cuidados paliativos están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados. Es posible que se aplique una distribución de costos por los servicios médicos en el caso de las consultas ambulatorias.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado paliativo (continuación) programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativo facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. Se le facturará la distribución de costos de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B no relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni servicios que no son requeridos urgentemente cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que utilice o no un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará la distribución de costos de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red, usted paga la distribución de costos bajo Medicare Original. **Para servicios que están cubiertos por Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), pero que no están cubiertos por Medicare Part A ni Medicare Part B:** Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con un pronóstico terminal. Usted paga el monto de distribución de costos de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará la distribución de costos. Si están relacionados con su condición de paciente terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga la distribución de costos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 **Nota:** Si necesita cuidados no paliativos (atención que no esté relacionada con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad crónica que no ha elegido el beneficio de centros de cuidados paliativos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Vacunas Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si se encuentra en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos como parte de nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Programa de comidas en el hogar (para miembros después del alta o confinados en el hogar)*	
Este beneficio está destinado a mantenerle saludable y fuerte luego de una internación hospitalaria o estadía en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), o por una condición médica o una posible condición médica que requiera que permanezca en casa por un período de tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas condiciones crónicas. Este beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año calendario. Su administrador de casos pedirá sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.	Usted paga $0 de copago *Es posible que se requiera autorización previa.*
Programa de comidas en el hogar (para miembros con una afección crónica elegible)*	
Para ser elegible para este beneficio, debe tener un diagnóstico de diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares	Usted paga $0 de copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de comidas en el hogar (para miembros con una afección crónica elegible)* (continuación) (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia o trastornos pulmonares crónicos. • Recibe comidas congeladas listas para calentar y comer en su hogar. • Recibirá 14 comidas a domicilio cada mes. • Puede utilizar este beneficio de comidas cada mes durante 12 meses. **Para empezar:** • Llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	*Es posible que se requiera autorización previa.*
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado. No hay un límite para la cantidad de días adicionales cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	Usted paga $0 de copago por día por los días del 1 - 5. Usted paga $200 de copago por día por los días del 6 - 9. Usted paga $35 de copago por día por los días del 10 - 90. Usted paga $0 de copago por día de reserva de por vida. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* No se aplican periodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo llamado Definiciones de palabras importantes). En el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital. Una

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
• 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, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado de trasplantes de su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar alejado, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Los gastos de transporte y alojamiento deberán pagarse por adelantado, y le reembolsaremos los gastos razonables. Debe presentar los recibos y la prueba de pago junto con la solicitud de reembolso. Revisaremos la documentación antes de realizar el reembolso. Es posible que no reembolsemos todos los gastos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios del médico **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	transferencia a un tipo de centro independiente (como un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Internados o a otro Hospital de Atención a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Si recibe atención hospitalaria para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será la distribución de costos más alta que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.	Usted paga $0 de copago por día por los días 1 - 5. Usted paga $200 de copago por día por los días 6 - 9.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	
• Hay un límite de 190 días de por vida para las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de 190 días no aplica a los servicios médicos para la salud mental destinados a pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. • Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días.	Usted paga $35 de copago por día por los días 10 - 90. Usted paga $658 de copago por cada día de reserva de por vida. Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención de la salud mental para pacientes internados que se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo llamado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un periodo de beneficios. Es *posible que se requiera autorización previa*. *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta	
Si se agotan sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización de paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización de paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos	Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio del médico. Consulte a continuación la sección Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización para pacientes internados: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • 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 • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	diagnóstico para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Dispositivos protésicos y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación ambulatoria.
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón, pero que no se dializan) o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en 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. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B	
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que generalmente no se administra el propio paciente, sino que se le inyectan o infunden mientras recibe servicios de médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluido en el hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	Usted paga $0 de copago para un suministro de un mes de cualquier insulina de la Parte B en nuestro formulario. Usted paga 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia/ radioterapia de la Parte B, a menos que se aplique el límite establecido por las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA). Usted paga 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) impongan un límite. Es posible que los costos sean menores si están limitados por las reglas de los CMS. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia por etapas. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga

Medicamentos de Medicare Part B (continuación)

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. Es posible que la Parte B cubra los nuevos medicamentos contra el cáncer por vía oral disponibles en el mercado. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B.
- Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato en el marco del sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.
- Determinados medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (como Retacrit® o Aranesp®)
- Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.centralhealthplan.com

También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

En el Capítulo 5 se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B (continuación) se cubran sus medicamentos recetados. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea directa de enfermería* Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendida por personal de enfermería registrado. El personal de enfermería clasificará las condiciones y ayudará a los miembros a determinar los pasos que deben seguir para abordar sus inquietudes médicas. Cuando corresponda, el personal de enfermería hablará con proveedores calificados según sea necesario.	Usted paga $0 de copago *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento para personas con trastorno por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas	Usted paga $0 de copago por consulta. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • 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). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite. • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Usted paga $0 de copago por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por los servicios de laboratorio. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga 20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. Usted paga $100 de copago por MRI, CT y PET. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por los servicios de radiografías. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 hospitalizado 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 haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	Usted paga $0 de copago por estadía para colonoscopias de diagnóstico en un entorno ambulatorio y $150 de copago por estadía por todos los demás servicios *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
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, lo siguiente: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo 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 hospitalización sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse solo	Usted paga $0 de copago por las colonoscopias de diagnóstico en un entorno ambulatorio y $150 de copago por todos los demás servicios. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que le admitan como paciente internado en el hospital, usted será considerado paciente ambulatorio y pagará los montos de distribución de costos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con seguridad si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios médicos de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermera profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. • Servicios proporcionados por un psiquiatra • Servicios suministrados por otros proveedores de atención de salud mental	Usted paga $10 de copago por consulta para sesiones individuales con un psiquiatra. Usted paga 20% de coseguro por consulta para sesiones grupales con un psiquiatra. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $10 de copago por consulta para sesiones individuales con otros proveedores de atención de salud mental. Usted paga un 20% de coseguro por consulta por las sesiones grupales con otros proveedores de atención de salud mental. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental ambulatoria (continuación)	
	Puede que se requiera una remisión del médico.
Servicios de rehabilitación ambulatoria	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria 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 prestados por un fisioterapeuta o logopeda • Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	Usted paga $0 de copago por consulta por los servicios de fisioterapia o terapia del habla. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por consulta por los servicios de terapia ocupacional. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios	
Usted tiene cobertura para el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Medicare Original.	Usted paga $10 de copago por consulta por las sesiones individuales. Usted paga $10 de copago por consulta por las sesiones grupales. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios	
Nota: Si se realiza una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos para la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.	Usted paga $0 de copago por las colonoscopias de diagnóstico en un entorno ambulatorio y $150 de copago por todos los demás servicios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	
	Es posible que se requiera autorización previa. *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por colonoscopias de diagnóstico en un ASC y $100 de copago por todos los demás servicios. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	
La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se brinda como un servicio hospitalario ambulatorio o se ofrece en centros de salud mental comunitarios. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental). Se ofrece en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, y menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga $175 de copago por día. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en el consultorio del médico	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgica necesarios por razones médicas en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar	Usted paga $0 de copago por las visitas al consultorio del PCP. Usted paga $0 por visita al consultorio de un especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)	
• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP *O* un especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Los servicios de rehabilitación cardíaca, los servicios de médicos de atención primaria, los servicios quiroprácticos, los servicios de terapia ocupacional, los servicios de médicos especialistas, las sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, las sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, los servicios de podología, otros servicios profesionales de atención médica, las sesiones individuales de servicios psiquiátricos, las sesiones grupales de servicios psiquiátricos, los servicios de fisioterapia y patología del habla/lenguaje, los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides, las sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y las sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita 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 una aplicación móvil. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o profesional médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la enfermedad 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 consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación.	*Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 - $10 de copago o $0 - 20% de coseguro por las consultas de telesalud, según el tipo de proveedor que consulte. Su costo compartido para las visitas de telesalud será el mismo que una visita al consultorio con ese mismo tipo de proveedor. Por ejemplo, si tiene una consulta de telesalud con un especialista, su distribución de costos será $0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos y profesionales médicos, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el 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. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos **si**: ◦ usted no es un paciente nuevo**; y** ◦ el control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días**; y** ◦ el chequeo no derive en una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **sí**: ◦ usted no es un paciente nuevo**; y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; ◦ la evaluación no deriva en una consulta en el 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. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugías de la mandíbula o estructuras relacionadas, tratamiento de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación por enfermedades cancerosas neoplásicas, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención rutinaria del pie para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores Atención de rutina adicional de los pies* • Tratamiento del pie que generalmente se considera preventivo, es decir, corte o eliminación de callos, verrugas, callos o uñas.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por cada consulta de rutina hasta 12 consultas por año. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B realizada una sola vez.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Tarjeta de débito prefinanciada* Los fondos se proporcionan en una tarjeta de débito que se financiará según la frecuencia de cada beneficio. Los montos que no se utilicen **no** se transferirán. Los fondos de cada categoría de beneficios estarán en la misma tarjeta de débito, pero solo se pueden utilizar para los artículos o servicios incluidos en esa categoría. • **Artículos de venta libre (OTC) y audífonos de venta libre***	Hasta $100 cada 3 meses

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tarjeta de débito prefinanciada* (continuación)	
Los artículos OTC son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta médica. Tendrá una asignación para la compra de artículos y audífonos OTC.	Los fondos de OTC que no se utilicen no se transferirán al trimestre siguiente
Catálogo de hierbas* Puede utilizar su asignación de OTC para comprar artículos del catálogo de hierbas para la salud y el bienestar.	
• **Asignación para acondicionamiento físico*** Tendrá una asignación para gastos de acondicionamiento físico o centros de acondicionamiento físico que califiquen.	Hasta $20 al mes. Los fondos de la asignación para acondicionamiento físico que no utilice no se transferirán para el mes siguiente.
Puede encontrar un catálogo en el que se enumeran los artículos aprobados de OTC y de hierbas para la salud y el bienestar en www.centralhealthplan.com. Deberá activar su tarjeta de débito para poder utilizarla. Para obtener ayuda con el beneficio de la tarjeta de débito prefinanciada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	
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)	Usted paga $0 de copago por un examen de tacto rectal. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados	
Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o	Usted paga $0 de copago por artículos de $100 o menos y 20% de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados (continuación)	
capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortóticos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye también determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Vaya a **Cuidado para la vista** más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	coseguro por artículos de más de $100. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $10 de copago por consulta. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos un examen de detección de abuso del alcohol para adultos (incluso embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o profesional 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. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)	
Para personas elegibles, la 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	No se debe abonar un coseguro, copago ni deducible por las visitas de asesoramiento y de toma de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) (continuación)	
antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante la consulta de asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT:* el miembro debe obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, esta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	decisiones compartida cubiertas por Medicare ni por la LDCT. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C	
Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena uno y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas	
Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ITS cuando un proveedor de	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de ITS y asesoramiento para beneficio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)	
atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento en comportamiento, en persona y de alta intensidad, de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que corren más riesgo de padecer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como en el consultorio del médico.	preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera 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 de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por 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 como paciente internado (si es hospitalizado para recibir atención médica especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • 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). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, vaya a **Medicamentos de Medicare Part B en esta tabla**.	Usted paga 20% de coseguro por la diálisis renal. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.* Usted paga $0 de copago por los servicios educativos sobre enfermedades renales. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	
(Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere 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. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos/profesionales médicos. Por lo general, recibe cuidado de centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones indicadas a continuación, usted puede pagar la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de convalecencia o comunidad de atención continua para jubilados 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 o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	$0 de copago por día para los días del 1 al 20 Hasta $217 de copago por día para los días 21 a 100 Usted paga el 100% del costo total por los días 101 en adelante Por cada internación en un SNF cubierta por Medicare, deberá pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido. Los copagos para los beneficios del centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente interno en un SNF y finaliza cuando se le da el alta del SNF. Si ingresa en un SNF una vez que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. Por cada internación en un SNF, debe pagar la distribución de costos correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)	
Para personas que consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y se reúnen los siguientes requisitos: • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de cese al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de 8 sesiones al año por paciente).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI) Para calificar para recibir un SSBCI, debe tener una de las condiciones crónicas que califican. Revisaremos su elegibilidad anualmente. Las condiciones crónicas califican para SSBCI son: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico) • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento • Condiciones con desafíos funcionales • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular	
Asignación para alimentos saludables* Para calificar para recibir la asignación para alimentos saludables, debe tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas arriba y participar en un programa de administración de atención médica. Su coordinador de cuidado de la salud determinará si reúne los requisitos para este beneficio. Recibirá una tarjeta de débito prefinanciada que le permitirá comprar alimentos saludables en los minoristas participantes deslizando su	Obtiene una asignación $40 por mes para comprar alimentos saludables en las tiendas de comestibles aprobadas por el plan. Los fondos que no utilice no se acumularán para el mes siguiente. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación) tarjeta al momento de pagar. Usted recibe su tarjeta por correo en el momento en que es elegible para este beneficio y la usa durante el año del plan. Se prohíbe la retirada de efectivo, el tabaco, las armas de fuego y el alcohol. Para obtener ayuda con este beneficio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo 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/enfermero profesional que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. La SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Usted paga $0 de copago por consulta. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*
Transporte (rutinario adicional)* Recibe viajes de transporte de ida de 24 que no son de emergencia a través de proveedores de transporte contratados a ubicaciones aprobadas por el plan para recibir servicios de atención médica de proveedores de la red. Hay un límite de 50 millas por viaje. Los medios de transporte disponibles incluyen servicios de taxi, furgoneta, transporte médico o viajes compartidos. El transporte debe programarse con al menos 2 días hábiles de anticipación a la cita programada para garantizar la disponibilidad.	Usted paga $0 de copago. *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte (rutinario adicional)* (continuación) Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para programar una cita. El Departamento de Servicios para Miembros deben recibir las cancelaciones al menos 24 horas antes de la hora de recogida para evitar tener en cuenta su beneficio de transporte.	
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Su plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y cobrarle solo la distribución de costos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.	Usted paga $0 de copago por consulta.
Servicios requeridos urgentemente: cobertura mundial * Los servicios están cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica y adecuación que se habrían aplicado si los mismos servicios se proporcionaran dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar un resumen de alta o documentación médica equivalente y un comprobante de pago en inglés y dólares estadounidenses para el reembolso de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). Revisaremos la documentación para verificar la necesidad médica y la idoneidad antes de realizar el reembolso. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de bolsillo. Si las notas clínicas no están en inglés, deberá proporcionar una traducción certificada. Si la factura de pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando el tipo de cambio en el momento en que se procese el cheque. Los pagos se realizan únicamente en dólares estadounidenses. Las tasas de cambio monetario,	Usted paga $140 de copago por consulta por los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo. Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado y luego enviar una solicitud de reembolso. Hay un máximo anual de $50,000 para los servicios en todo el mundo, incluidos los servicios de emergencia en todo el mundo, los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo combinados.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios requeridos urgentemente: cobertura mundial * (continuación)	
los costos de traducción, el franqueo, el viaje de regreso a los EE. UU. y otras tarifas no médicas no son reembolsables.	
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. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Usted paga $0 de copago por consulta para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare y exámenes de retinopatía diabética cubiertos por Medicare.
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más y latinoamericanos que tienen 65 años de edad o más.	*Puede que se requiera una remisión del médico.*
• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía.	Usted paga $0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Imágenes retinianas*	Usted paga $0 de copago por las imágenes de la retina. Límite de 1 consulta cada año
Examen rutinario de la vista*	Usted paga $0 de copago por un examen de la vista de rutina. Limitado a 1 consultas todos los años.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado para la vista (continuación) Exámenes oculares de rutina proporcionados por proveedores seleccionados. Revise el Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos. • Asignación de elementos para la vista (monturas y lentes) o lentes de contacto (en lugar de anteojos) de un proveedor de la red hasta $300 cada año. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación.	
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre una visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* por única vez. La consulta incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertos exámenes de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo en un plazo de los primeros 12 meses de tener Medicare Part B. Cuando solicite la cita, informe el consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Puede que se requiera una remisión del médico.*

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

En la siguiente tabla se describen los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ningún concepto o que están cubiertos solamente bajo ciertas condiciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, dichos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se decide que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando decidimos no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos estéticos	Cubiertos en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una extremidad malformada. Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada, a fin de lograr una apariencia simétrica.
Cuidados básicos Los cuidados básicos son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico cualificado, como los cuidados que le ayudan en las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura en ningún caso
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no cuentan con la aceptación de la comunidad médica según Medicare Original.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por sus familiares directos o miembros de su hogar por los cuidados proporcionados.	Sin cobertura en ningún caso
Tarifas de socorristas	Sin cobertura en ningún caso
Atención de enfermería domiciliaria a tiempo completo.	Sin cobertura en ningún caso
Comidas entregadas a domicilio	Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener una descripción de sus beneficios de comidas entregadas a domicilio y los beneficios de su programa de comidas en el hogar.
Servicios domésticos, incluida la asistencia con las tareas domésticas básicas, como la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	Sin cobertura en ningún caso

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios de medicina naturista (tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en ningún caso
Atención dental no de rutina	La atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en la habitación de un hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	Sin cobertura en ningún caso
Habitación privada en un hospital.	Solo se cubre cuando sea médicamente necesaria.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta médica.	Sin cobertura en ningún caso
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la debilidad visual no cubiertos por el beneficio suplementario para la vista del plan.	Sin cobertura en ningún caso
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	Sin cobertura en ningún caso

CAPÍTULO 5:
¿Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D?

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Part B y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le haga una receta médica válida conforme a la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe figurar en las Listas de exclusión o excepción de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir una receta médica. (Consulte la Sección 2) o puede surtir su receta médica a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Consulte la Sección 3).
- El medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o tiene el aval de ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas médicas que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Busque una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.centralhealthplan.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si la farmacia a la que acude deja de pertenecer a la red

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte el *Directorio de farmacias* para obtener ayuda. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en www.centralhealthplan.com.

Farmacias especializadas

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 (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- 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 dispensan medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, vaya a su *Directorio de farmacias* www.centralhealthplan.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través del servicio de pedidos por correo son los que usted toma de forma habitual para el tratamiento de condiciones médicas crónicas o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan aparecen con las letras “NM” (que quiere decir “No disponible para pedidos por correo”) en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

Generalmente, los pedidos a una farmacia de pedidos por correo se le enviarán en no más de 14 días. Si hay una necesidad urgente o este plazo se extiende, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener ayuda a fin de recibir un suministro provisional de su receta médica.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente de la oficina del médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para saber si quiere surtir la receta del medicamento de inmediato o después. Es importante

que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que sepan si deben enviar la nueva receta o demorar o suspender su envío.

Resurtido de recetas médicas con el servicio de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamentos suficientes o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, su distribución de costos puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma habitual, por una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* www.centralhealthplan.com encontrará cuáles son las farmacias de la red que le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener recetas como miembro de nuestro plan. **Comuníquese primero con el Departamento de Servicios para Miembros** por teléfono al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente
- Si estas recetas médicas están relacionadas con la atención en caso de una emergencia médica
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un plazo menor.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte del costo que le corresponde habitualmente) en el momento en que surta la receta médica. Usted podrá solicitarnos el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero).

Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Sección 3.1 En la Lista de medicamentos se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

En nuestro plan se incluye una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos.**

Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

En la Lista de medicamentos solo figuran los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

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 *cumpla con una de estas condiciones*:

- La FDA haya aprobado para el diagnóstico o la condición para la que se ha recetado.
- Esté avalado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

En la Lista de medicamentos se incluyen medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. 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. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, por eso, 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 disponibles para muchos medicamentos de marca registrada y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos 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 niveles de distribución de costos para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se incluyen en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel, mayor es el costo que usted paga por el medicamento.

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (distribución de costos más baja)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel 5: Medicamentos de Especialidad (distribución de costos más alta)
- Nivel 6: Medicamentos de cuidados seleccionados (la distribución de costos más baja incluye ciertos medicamentos que normalmente no están cubiertos por el programa de la Parte D)

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se indica en el Capítulo 6.

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

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Verifique la Lista de medicamentos más reciente que facilitamos por medios electrónicos.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.centralhealthplan.com). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (Caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos a fin de obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos que podrían utilizarse para tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Algunos medicamentos recetados tienen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para animar 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 usa o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos.

Si existe un medicamento seguro de menor costo que sea igual de eficaz que otro de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor opten por la opción de menor costo.

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 variar según la concentración, cantidad o formulación en que el proveedor de atención médica los haya recetado, y pueden aplicarse diferentes restricciones o distribuciones de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o 2 por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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

Si su medicamento tiene alguna restricción, por lo general esto significa que usted o su proveedor debe tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el costo del medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que se anule esta restricción, debe utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o rechazar la anulación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrirlos. A esto se lo conoce como **autorización previa**. Se utiliza para garantizar la seguridad de los medicamentos y fomentar el uso adecuado de algunos de ellos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com.

Prueba de otro medicamento en primer lugar

El objetivo es fomentar el uso de medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es más económico, nuestro plan puede exigirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da resultados, nuestro plan cubrirá el medicamento B. El requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.centralhealthplan.com.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?

Hay casos en los que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento tal vez puede no estar cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento tiene cobertura, pero existen otras normas o restricciones para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de distribución de costos que resulta más elevado de lo que usted cree que debería ser.
- **Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que resulta más elevado de lo que esperaba, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.**

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro provisional.

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le da tiempo para consultar con su proveedor por el cambio.

Para acceder a un suministro provisional, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe tener alguna restricción vigente.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si ya estaba inscrito en nuestro plan el año anterior,** cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios suministros para proporcionar hasta un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado inscritos en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o por un plazo menor si la receta médica indica menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.

- Si es un residente nuevo de un centro de LTC y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, como terapia escalonada o límites de cantidad (límites de dosis), cubriremos un suministro de emergencia temporal de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta sea por menos días) mientras el miembro busca una excepción al formulario. Existen excepciones en situaciones en las que experimenta un cambio en el nivel de atención que está recibiendo que también requiere que haga la transición de una instalación o centro de tratamiento a otro. En tales circunstancias, sería elegible para una excepción de abastecimiento temporal y único, incluso si está fuera de los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a aquellos medicamentos que son de la "Parte D" y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que califique para el acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para miembros al (866) 314-2427 (usuarios TTY deben llamar al 711).

Durante el periodo en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar a su proveedor para decidir qué hacer cuando termine dicho suministro. Tiene 2 opciones:

Opción 1: puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si puede haber otro medicamento que cubra nuestro plan y sea igual de eficaz. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan 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.

Opción 2: puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si el proveedor considera que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9, para saber qué debe hacer. Se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

Sección 5.1 ¿Qué se debe hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera muy alto?

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que considera demasiado alta, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Puede existir un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que podría funcionar con la misma eficacia para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan 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.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos correspondiente al medicamento para que usted pague menos por él. Si el proveedor considera que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9, para averiguar qué debe hacer. Se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

No se puede realizar este tipo de excepción en el caso de los medicamentos de Nivel 5. No reducimos la cantidad de la distribución de costos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 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, nuestro plan puede hacer modificaciones en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Transferir un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica de ese medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En ocasiones, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Incorporación de nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación inmediata o modificación de un medicamento similar que figura en la lista.**

- Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la lista, pasarlo a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de distribución de costos o en una inferior y con las mismas restricciones o menos.
- Solo haremos estos cambios de inmediato si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento similar al momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre la modificación específica que hayamos hecho.

- **Incorporación de medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación o modificación de un medicamento similar que figura en la lista**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la lista, pasarlo a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de distribución de costos o en una inferior y con las mismas o restricciones o menos.
  - Solo haremos estos cambios si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le comunicaremos el cambio y cubriremos un suministro de 31 días de la versión del medicamento que recibe.
- **Eliminación de medicamentos riesgosos y otros medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, se puede considerar que un medicamento no es seguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si toma el medicamento, se lo haremos saber después de hacer el cambio.
- **Otros cambios de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos**
  - Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA que aparecen en el prospecto del envase de los medicamentos o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o le comunicaremos el cambio y cubriremos un resurtido adicional de 31 días del medicamento que recibe.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que receta sobre las opciones que serían más apropiadas para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar la condición médica o solicitar una decisión sobre la cobertura para respetar las nuevas restricciones sobre el medicamento que toma. Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le afectará si ya está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que sí le afecte a partir del 1 de enero del próximo año del plan si continúa en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son los siguientes:

- Si cambiamos el medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se excluyen algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, se enumeran 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Part A o Part B.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso de un medicamento para una indicación no autorizada* que no tiene el aval de ciertas referencias, como la información farmacológica de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. El *uso para una indicación no autorizada* se refiere a todo uso de un medicamento que no sea el que se indica en la etiqueta aprobada por la FDA.

Además, por ley, los planes de medicamentos de Medicare no cubren las siguientes categorías de medicamentos: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada. A continuación, encontrará más información).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso

- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante exige que las pruebas o servicios de monitoreo relacionados se adquieran exclusivamente al propio fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que un plan de medicamentos recetados de Medicare no suele cubrir. 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 las letras "ED" en nuestra Lista de medicamentos. El monto que usted paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para determinar si califica para la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección 6 del Capítulo 6).

Si **recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare** para pagar sus recetas médicas, esta no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encontrará los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 ¿Cómo adquirir un medicamento recetado?

Para surtir su receta médica, proporcione su información de membresía en el plan, que figura en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al retirar el medicamento recetado.

Si no tiene la información de membresía del plan a mano, usted o nuestra farmacia puede llamar al plan para obtenerla, o bien puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es **posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Podrá **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una hospitalización que nuestro plan cubre, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá los medicamentos recetados, siempre y cuando cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* www.centralhealthplan.com para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si la farmacia no pertenece a nuestra red, o si usted necesita obtener más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

Si usted vive en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre cómo obtener un suministro previsional o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Esta persona puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual junto con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de un plan grupal de jubilación o de su empleador, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su plan grupal pagará primero.

Nota especial sobre cobertura acreditable:

Cada año, el plan grupal de jubilación o de su empleador debe enviarle un aviso en el que le informe si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura de nuestro plan grupal es "**acreditable**", significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura válida porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo dicha cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, pídale una copia al administrador de beneficios del plan de jubilación o de su empleador, o bien a su empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro para pacientes terminales certificado por Medicare

El programa de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con condiciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor de cuidados paliativos debe enviarnos una notificación en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la

obtención de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que receta que envíe la notificación antes de que le surtan la receta médica.

Si revoca su elección de cuidados paliativos o le dan de alta de dichos cuidados, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá llevar a la farmacia documentación que respalde su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

Hacemos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención médica segura y apropiada.

Estas revisiones se hacen cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma condición
- Medicamentos que pueden ser riesgosos o inapropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si se administran al mismo tiempo
- Recetas médicas de medicamentos que tienen ingredientes a los que les tiene alergia
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades riesgosas de analgésicos opioides

Si advertimos un posible problema en el uso de sus medicamentos recetados, nos comunicaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de distintos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los profesionales que recetan, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados o benzodiacepina es riesgoso, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, podría estar sujeto a las siguientes limitaciones:

- Podemos exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de determinadas farmacias
- Podemos exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de determinados profesionales que recetan
- Podemos limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que le cubriremos

Si prevemos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le informará si le limitamos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas médicas para estos medicamentos exclusivamente de un profesional que receta

o de una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos la nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y cuyos costos de medicamentos superan un monto específico de costos, o que participan en un DMP para ayudarles con la administración segura de opioides, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle un resumen completo de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que incluirá una lista de recomendaciones con los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos con todos los que esté tomando, la cantidad que toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con el médico sobre la lista de recomendaciones y de medicamentos. Lleve el resumen a las consultas o cada vez que hable con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) por si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en él automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le daremos de baja del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para miembros al (866) 314-2427 (usuarios TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.**

En este capítulo utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Part A o Part B y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan.

Para comprender la información relativa a los pagos, debe saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.centralhealthplan.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que debe pagar. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que debe pagar por medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.2 ¿Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo?

Medicare tiene normas sobre qué se considera y qué no se considera parte de sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pagos de medicamentos:
  - Etapa de deducible
  - La etapa de cobertura inicial
- Todo pago que haya realizado durante el año calendario en curso como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Servicios Médicos para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) haya gastado un total de $2,100 en gastos de bolsillo durante el año calendario, usted pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Los pagos que haga por medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Los pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros que tienen la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidentes de trabajo)
- Pagos que realizan los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, debe informárselo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- En la *Descripción de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe, se incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Diríjase a la Sección 3.1, para obtener información sobre lo que puede hacer para ayudarnos a que los registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** en su cobertura de medicamentos conforme a Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). El monto que pague por cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando surta una receta médica o vuelva a surtirla. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Deducibles Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB)* se explica en qué etapa de pago está

Nuestro plan lleva un registro de los costos de los medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte recetas médicas en la farmacia. De este modo, podemos avisarle cuándo pasa de una etapa de pagos de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:**
- Este es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago que familiares o amigos hayan realizado por sus medicamentos y todo pago realizado por sus medicamentos a través de Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas médicas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes**. En este informe se incluyen los datos de los pagos por los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior, así como los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagó usted y lo que otras personas pagaron en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta médica de la misma cantidad.
- **Alternativas de medicamentos recetados disponibles de menor costo.** Aquí se muestra información sobre otros medicamentos disponibles con una distribución de costos más baja para cada reclamación de receta médica, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar el control de los costos de los medicamentos y los pagos que hace por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que le surtan una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de estar al tanto de los medicamentos recetados que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, debe darnos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando abona un copago por los medicamentos que recibe en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en casos especiales.
  - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realicen por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas, cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Guarde estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las relacionadas con viajes. Usted pagará un deducible anual de

$615 en los medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta alcanzar el monto de deducible del pan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Por lo general, el **"costo total"** es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que paga por sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, sale de la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

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

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago o de coseguro). La parte del costo que le corresponde a usted variará según el medicamento y dónde lo adquiere.

Nuestro plan tiene seis categorías de distribución de costos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se incluyen en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento.

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (distribución de costos más baja)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos (usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel).
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel 5: Medicamentos de Especialidad (distribución de costos más alta)
- Nivel 6: Medicamentos de cuidados seleccionados (la distribución de costos más baja incluye ciertos medicamentos que normalmente no están cubiertos por el programa de la Parte D)

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista dentro de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en www.centralhealthplan.com.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes en de un medicamento cubierto

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

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.

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	**Distribución de costos en farmacias minoristas estándar dentro de la red** (un suministro de hasta 31 días)	**Distribución de costos en farmacias de pedidos por correo** (un suministro de hasta 31 días)	**Distribución de costos en farmacias de atención 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 información). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar dentro de la red (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos en farmacias de pedidos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos en farmacias de atención 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 información). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 de distribución de costos (Medicamentos de cuidados seleccionados)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más que $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en el Nivel 3, incluso si no pagó su deducible.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Es posible que, en ocasiones, usted o el médico deseen un suministro para menos de un mes (por ejemplo, cuando recibe un medicamento por primera vez). También puede pedirle al médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro menor a un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo a su cargo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si usted es responsable de abonar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes entero. Calculamos el monto que usted paga por día por el medicamento (la tasa diaria de distribución de costos) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

- 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.

Sus costos por un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	Distribución de costos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos en farmacias de pedidos por correo estándar (un suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	15% de coseguro	15% de coseguro
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	15% de coseguro	15% de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5.	No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5.
Nivel 6 de distribución de costos (Medicamentos de cuidados seleccionados)	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más que $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto en el Nivel 3, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los gastos de bolsillo anuales alcancen los $2,100

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de gastos de bolsillo alcance los $2,100. Posteriormente, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que un plan de medicamentos recetados de Medicare no suele cubrir. Los pagos que haga por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial ni para el total de gastos de bolsillo.

La EOB de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de $2,100 en un año.

Le informaremos si usted llega a este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que debe pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **la aplicación de la vacuna** (a esto, a veces, se le dice administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
   - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, que no tienen costo alguno.
2. **El lugar donde obtiene la vacuna.**
   - Puede obtener la vacuna en una farmacia o en la oficina del médico.
3. **La persona que administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien un proveedor puede administrarla en la oficina del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de esta y el del proveedor que se la administrará. Puede solicitarle a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, solo paga la parte del costo que le corresponde de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

A continuación, encontrará 3 ejemplos de formas en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (El hecho de tener disponible esta opción dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.
- Por las otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el copago por la vacuna, que incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: recibe la vacuna de la Parte D en el la oficina del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de esta y el del proveedor que se la administrará.
- Luego, podrá solicitar que el plan pague la parte del costo que el corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Por las otras vacunas de la Parte D, le paga a la farmacia el copago que le corresponde por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Luego, podrá solicitar que el plan pague la parte del costo que el corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
¿Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

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

En algunas ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, podría tener que pagar el costo total de los servicios. En otras, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan, o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Usted tiene derecho a que el plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado un monto que exceda su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto mayor a su parte de la distribución de costos. Primero, intente resolver la factura directamente con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar la factura, notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si el proveedor está dentro de nuestra red, usted mantiene su derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando ha recibido atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o requeridos urgentemente 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 requeridos urgentemente o de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados por ley a prestar atención de emergencia. Si usted pagó el monto total en el momento en que recibió la atención, solicite que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.

- Si ya pagó un monto que excede su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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 facturarle directamente a nuestro plan y cobrarle a usted únicamente la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto de distribución de costos que le corresponde cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como facturación de saldo. Esta medida de protección (que establece que usted nunca pagará más que el monto de distribución de costos que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar según nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo algún servicio o medicamento cubierto después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que procesemos del reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si acude a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto sucede, usted tiene que pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos los cargos de farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer cuáles son estas circunstancias. Es posible que no podamos reembolsarle la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que abonó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

   Es posible que deba pagar el costo total de la receta médica si descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

   - Por ejemplo, el medicamento podría no estar incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide adquirir inmediatamente el medicamento, deberá pagar el costo total.
   - Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que abonó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

7. **Cuando hay un error de facturación en la farmacia en relación con un medicamento del formulario.**

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre la cobertura. Esto significa que, si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 se ofrece información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Se recomienda que conserve una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de un (1) año calendario a** partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo, o dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Envíenos su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo de pago al Departamento de Reclamaciones de Servicios Médicos, en el caso de reclamaciones médicas, o al Departamento de Reclamaciones de Medicamentos con Receta de la Parte D, en el caso de reclamaciones de medicamentos:

Departamento de Reclamaciones de Servicios Médicos:
Central Health Medicare Plan
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate Ste. 100
Long Beach, CA 90802

Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:
Molina Healthcare

Attn: Pharmacy Department

7050 Union Park Center Suite 600

Midvale, UT 84047

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si aún no paga el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tiene cobertura o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación para dichas situaciones, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 En nuestro plan se deben respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Our 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 our plan can meet these accessibility requirements include but aren't 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're required to give you information about our plan’s benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, 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 our plan’s network for a specialty aren't available, it's our plan’s responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan’s network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women’s health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at (866) 314-2427 (TTY users should call 711). You can 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 miembros, 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 disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Es posible que nuestras comunicaciones con usted estén disponibles en varios idiomas. Para recibir ciertos materiales en el idioma que prefiera, puede indicarlos en su solicitud de inscripción o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Tenga en cuenta que los materiales más largos, como este folleto, están disponibles solo en inglés y 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 al Departamento de 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 el Departamento de Servicios para miembros al (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 elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

También tiene derecho a conseguir citas y recibir servicios cubiertos por la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite ese tipo de atención. También tiene derecho a surtir y resurtir sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin tener que esperar demasiado.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información acerca de lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historias clínicas e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus historias clínicas y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso que se hace de su información médica. Le entregaremos un aviso escrito, denominado **Aviso de prácticas de privacidad,** en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
- Salvo en los casos que se indican a continuación, si tenemos la intención de divulgar su información médica a alguna persona que no sea su proveedor de atención médica o que no pague por la atención que usted recibe, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen ciertas excepciones en las que no es necesario obtener primero su permiso por escrito, ya que la ley las permite o exige.
  - 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, debemos facilitar a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto prohíbe que se comparta información que revele su identidad.

Usted puede ver la información incluida en sus historias clínicas y conocer de qué manera se divulgó a otras personas

Usted tiene derecho a consultar las historias clínicas que nuestro plan tiene sobre usted y a obtener una copia de ellas. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones en sus historias clínicas. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer 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 alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida (PHI) de una manera que cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996. Podemos divulgar su PHI a terceros según sea necesario para fines de tratamiento, pago y funciones de atención médica, incluidos, entre otros, Medicare, otros planes, su proveedor de atención primaria y otros proveedores.

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

Como miembro de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de la red.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 se ofrece información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se ofrece información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se ofrece información sobre cómo solicitar una explicación por escrito si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se ofrece información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 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 por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una forma que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. Además, tiene derecho a recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe informar con anticipación si cualquier atención o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado de ello.

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

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **un poder legal a otra persona para que tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted se vuelve incapaz de tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si se volviera incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de pedir ayuda a un abogado para rellenarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Es recomendable que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que van a hospitalizarle y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital le proporcionará uno para que lo firme si así lo desea.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). De acuerdo con las leyes, nadie puede negarle la atención ni discriminarle por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitarnos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarle de manera justa**.

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.

- Puede **llamar al SHIP** al Fresno and Madera Counties:
  (559) 224-9117
  Imperial County:
  (760) 353-0223
  Kings and Tulare Counties:
  (559) 713-2875. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?

Para obtener más información sobre sus derechos, puede consultar varias fuentes:

- Si tiene alguna pregunta, **llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- Puede **llamar al SHIP** al Fresno and Madera Counties:
  (559) 224-9117
  Imperial County:
  (760) 353-0223
  Kings and Tulare Counties:
  (559) 713-2875. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2 del Capítulo 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 encontrará información detallada sobre los servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 encontrará información detallada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos, además de la de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía en el plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a brindarle una mejor atención facilitándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las indicaciones de su tratamiento.**

  - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
  - 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 plantearla y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Asimismo, esperamos que actúen de manera que contribuya al buen funcionamiento de la oficina del médico, de los hospitales y de otros centros de atención.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe seguir pagando una prima de Medicare Part B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
  - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, debe hacerlo para poder mantener la cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagándolo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:
Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamos formales).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso adecuado que debe usar y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conocen estos términos. Para aportar claridad, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (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 médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede aplicar para su problema

¿Su problema o inquietud están relacionados con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se utilizan en el caso de que tenga problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar la lectura, generalmente agrupamos los artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Part B bajo el término **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para determinar si un servicio está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos su atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una decisión sobre la cobertura para su caso. Una decisión sobre la cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión sobre la cobertura favorable, a menos que usted o el médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión sobre la cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión sobre la cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado. En ciertos casos, puede solicitar una apelación acelerada o una **apelación rápida** de una decisión sobre la cobertura. Su apelación estará a cargo de revisores diferentes de 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 sobre la cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. 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. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros la revisará.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la Sección 5.4 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se abordan con más detalle en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con los siguientes niveles de apelación (en este capítulo se explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o para hacer una apelación

Estos son los recursos disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
  - En el caso de la atención médica o los medicamentos de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
  - En el caso de los medicamentos de la Parte D, el médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, el médico o el profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante y solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimará. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso escrito en el que se explicarán 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, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y normas diferentes. A continuación, encontrará los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF])

Si no sabe bien qué información se aplica en su caso, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación

Sección 5.1 Qué se debe hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si quiere solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la *Tabla de beneficios médicos*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud relativa a un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de aquellas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. Si no recibe cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan, **solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
2. Si 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 nuestro plan, **solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
3. Si recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le informamos que no pagaremos por esta atención, **presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Si recibió y pagó atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención, **envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Si le informaron que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos anteriormente se reducirá o se suspenderá, y usted considera que la reducción o suspensión de estos servicios podría perjudicar su salud, **presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: **Si la cobertura que se dejará de ofrecer corresponde a atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)**, consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura?

Términos legales:

Una determinación de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura también recibe el nombre de **determinación acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Por lo general, se toma una decisión estándar sobre la cobertura en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario

para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solamente* si cumplir con los plazos estándar pudiera causarle un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar alguna función.

Si su médico nos comunica que su estado de salud exige una decisión rápida sobre la cobertura, aceptaremos concedérsela automáticamente.

Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, determinaremos si su estado de salud exige que le concedamos una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con lo siguiente:

- Una explicación de que utilizaremos los plazos estándar.
- Una explicación de que le concederemos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si su médico la solicita.
- Una explicación de cómo puede presentar una queja rápida con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

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

- En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que desea recibir. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicaremos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar sobre la cobertura utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos el plazo acelerado.

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo.

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

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa que puede volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 ¿Cómo presentar una Apelación de Nivel 1?

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan relacionada con una decisión sobre la cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también recibe el nombre de **reconsideración acelerada.**

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

Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 30 días, o de 7 días si está relacionada con los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos comunica que su estado de salud exige una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, y se encuentran detallados en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que se indica en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión sobre la cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido para ello, explique el motivo del retraso en su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de motivos válidos se incluyen una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se analiza detenidamente toda la información. Verificamos que hayamos cumplido con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información, si es necesario, y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo exige.
  - Si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el periodo extendido si nos tomamos más días), tenemos que enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** 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 las apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión con antelación si su condición médica así lo exige.
  - Si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

- Si considera que no debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el periodo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del Nivel 2.

- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** En ocasiones, también se le llama **IRE.**

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

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 del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas después** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibirla. Si la solicitud es sobre un medicamento de la Parte B, la organización de revisión deberá responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.

- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos por los que se llegó a ella.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de tomar conocimiento de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B,** debemos autorizar o suministrar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de tomar conocimiento de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que coincide con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le dice **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente contenido:
  - Una explicación de la decisión.
  - Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un monto mínimo determinado. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que suman un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 se explican los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica

En el Capítulo 7 se describe cuándo puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Cuando pide un reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura.

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con las normas, generalmente le enviaremos el pago del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud**: si la atención médica no está cubierta o usted no siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión sobre la cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se indica en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el pago por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si se aprueba su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación

Sección 6.1 Qué se debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección hace referencia únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar la lectura, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D.* También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos, es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.

- Si la farmacia le informa que no puede surtir la receta médica tal como se emitió, le entregará un aviso escrito con instrucciones sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión sobre la cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión sobre la cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene que pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que solicitar la exención a una restricción de cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir, los criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento), **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que pedir que se le permita pagar un monto de distribución de costos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más alto, **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que solicitar la aprobación previa de un medicamento, **solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4**
- Si tiene que pagar un medicamento recetado que ya compró, **solicite un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede presentar una apelación.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Sección 6.2 ¿Quiere solicitar una excepción?

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.**

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario.**

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no tiene la cobertura que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, el médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se detallan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de la distribución de costos que corresponde a los medicamentos de Nivel 4. No puede solicitar una excepción por el monto de la distribución de costos que debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, usted podrá solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambio en la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de distribución de costos.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se incluyen en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de distribución de costos, menos paga usted por su parte del costo del medicamento.
    - Si en nuestra Lista de medicamentos figuran medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que el del medicamento, nos puede solicitar que cubramos el medicamento al mismo monto de distribución de costos que se aplica a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el monto de distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos para tratar su condición.
    - No puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento de Nivel 5.
    - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de distribución de costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

El médico debe especificar las razones médicas

El médico u otro profesional que receta deben darnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que usted solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica del médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición específica. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que está solicitando y no causar más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, no la aprobaremos, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en los niveles de distribución de costos más bajos no le resulten eficaces o tengan la probabilidad de causar una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, dicha aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que el médico le continúe recetando el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 ¿Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción?

Término legal:

Una decisión rápida sobre la cobertura también recibe el nombre de **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las **decisiones estándar sobre la cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo exige, pídanos que le concedamos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar solicitando *un* medicamento que todavía no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para que le devuelvan el pago por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de desempeñarse.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos comunica que su estado de salud exige una decisión rápida sobre la cobertura, se la concederemos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni del profesional que receta, determinaremos si su estado de salud exige que le concedamos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con lo siguiente:
  - Una explicación de que utilizaremos los plazos estándar.
  - Una explicación de que le concederemos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si su médico u otro profesional que receta la solicita.
  - Información sobre cómo puede presentar una queja rápida con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

Paso 2: solicite una decisión estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que desea recibir. También puede acceder al proceso de determinaciones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura* de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web, https://centralhealthplan.com/PartD/CoverageDeterminants?Page=Appeals. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para

ayudarnos a tramitar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye la razón médica de la excepción. El médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. Como alternativa, el médico u otro profesional que receta nos puede comunicar las razones por teléfono y, luego, enviar la declaración escrita por fax o correo postal, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le responderemos en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura por un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le responderemos en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura relativa al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aprobamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa que puede volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Cómo presentar una Apelación de Nivel 1?

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan.**

Una apelación rápida también recibe el nombre de **redeterminación acelerada**.

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, y se encuentran detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Si se trata de una apelación estándar, presente una solicitud por escrito**. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si se trata de una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al (866) 314-2427**. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación* de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web, https://centralhealthplan.com/PartD/CoverageDeterminants?Page=Appeals. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a tramitar la solicitud.

- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que se indica en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión sobre la cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido para ello, explique el motivo del retraso en su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de motivos válidos se incluyen una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o con el médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo exige.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición médica así lo exige.
  - Si no le comunicamos la decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud, pero **no más de 7 días calendario** después de **recibir** su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente se encargue de revisarla.

- **Si aprobamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** En ocasiones, también se le llama **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse, y su trabajo está bajo la supervisión de Medicare.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos 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, qué plazos debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente acepta concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir la apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de tomar conocimiento de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar** la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de tomar conocimiento de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró**, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de tomar conocimiento de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

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

- Una explicación de la decisión.
- Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Información sobre el valor en dólares que debe estar en disputa para avanzar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que suman un total de 5 niveles de apelación).

- Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la 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 7 ¿Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando el alta demasiado pronto?

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de prepararle para el día en que reciba el alta. Ellos le ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después del alta.

- El día que se va del hospital se denomina **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 hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de que le admitan en el hospital, se le entregará un aviso escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** En él se indica lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le han dado de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase su fecha de alta, por lo que cubriremos la atención hospitalaria por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para constatar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve una copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede conseguir el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 ¿Cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar la fecha de alta del hospital?

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta prevista es adecuada desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de la fecha de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
  - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagarlo* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta prevista, *posiblemente tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que recibe después de esa fecha.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado sobre el alta**. En este aviso, se incluirá la fecha de alta prevista y se explicarán detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado sobre el alta**, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) los motivos por los que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica la fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *aprueba la apelación*, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, pueden aplicarse límites a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza la apelación*, significa que su fecha de alta prevista es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza la apelación* y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: si se rechaza su apelación de Nivel 1, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó la apelación y* usted se queda en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que vuelva a considerar la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización después la fecha de alta prevista.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde pagar de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados siempre que sea médicamente necesaria.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomó respecto de su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir adelante con su apelación en el Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que suman un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la 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 considera que la cobertura finaliza demasiado pronto?

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrirle cualquiera de estos 3 tipos de atención, tenemos la obligación de informárselo por adelantado. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo correspondiente.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal:

Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. Contiene información sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura respecto a cuándo finalizar su atención.

1. **Usted recibe un aviso escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención.
   - Información sobre cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender su atención.

Sección 8.2 ¿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 presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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 adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Aviso de finalización la cobertura de Medicare*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que se indica en el Aviso de finalización de la cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva su derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad usando la información de contacto que figura en el Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad correspondiente a su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la finalización de la cobertura. Se trata de un aviso en el que se detallan 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 consultarán a usted o a su representante los motivos por los que considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le facilita nuestro plan.
- Antes de que termine el día en que los revisores nos informen sobre su apelación, le enviaremos la *Explicación detallada de la finalización de la cobertura*, en la que le explicaremos en detalle nuestros motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas.**

- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Pueden aplicarse límites a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de dicha atención.

Paso 4: si se rechaza su apelación de Nivel 1, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted opta por seguir recibiendo atención médica después de la finalización de la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que vuelva a considerar la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde pagar de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindando la cobertura** de la atención siempre que sea médicamente necesaria.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza la apelación?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Encontrará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, cuyo proceso queda a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado mediador.

Paso 4: si se rechaza la apelación, deberá decidir si desea seguir adelante con el proceso.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, que suman un total de 5 niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 ¿Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5?

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que presentó la apelación cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda avanzar con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién se encarga 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 dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado.** A diferencia de una decisión con respecto a una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se avanzará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con toda la documentación necesaria que corresponda. Es posible que esperemos la decisión con respecto a la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:

El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el “Consejo”) revisará la apelación y le comunicará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que recibe se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo proceder en ese caso.

Apelación de Nivel 5:

Un juez del **tribunal federal de primera instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o se *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después de que pase por el tribunal federal de primera instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el que presentó la apelación cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda avanzar con otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y cómo hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién se encarga 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 dará una respuesta.

- **Si se aprueba la apelación, el proceso de apelaciones se da por finalizado**. Después de tomar conocimiento de la decisión, debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que aprobó el juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o bien efectuar el pago a más tardar en el plazo de 30 días calendario**.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el "Consejo") revisará la apelación y le comunicará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación, el proceso de apelaciones se da por finalizado**. Después de tomar conocimiento de la decisión, debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o bien efectuar el pago a más tardar en el plazo de 30 días calendario**.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* darse por finalizado**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5:

Un juez del **tribunal federal de primera instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o se *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después de que pase por el tribunal federal de primera instancia.

Cómo 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 proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se describen ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona le ha tratado de forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestro Departamento de Servicios para Miembros?

Queja	Ejemplo
	• ¿Considera que se le está alentando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado tiempo? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Y qué hay de nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal de nuestro plan? ◦ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o el consultorio, o para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o la oficina del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso que estábamos obligados a enviarle? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se refieren a la puntualidad de nuestras medidas sobre las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondimos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios, artículos médicos o medicamentos que estaban aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos obligatorios para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 ¿Cómo presentar una queja?

Términos legales:

Una **queja** también recibe el nombre de **reclamo formal.**

Al hecho de **presentar una queja** también se le dice **presentar un reclamo formal.**

Al hecho de **usar el proceso de quejas** también se le dice **usar el proceso para presentar un reclamo formal.**

Una **queja rápida** también recibe el nombre de **reclamo formal acelerado.**

Paso 1: comuníquese inmediatamente con nosotros por teléfono o por escrito.

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si redacta su queja por escrito, responderemos por el mismo medio.
- Debe presentar la queja en un plazo de 60 días a partir del evento o incidente. Incluya en la carta nombres, fechas y una descripción completa de su problema. Debemos abordar su queja tan pronto como lo exija su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de haber recibido la queja. Podemos extender el plazo hasta un máximo de 14 días si usted solicita la prórroga o si necesitamos más información y la demora es en su beneficio. Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida", consideraremos esto como una "queja rápida" y le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos a la brevedad.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente una queja rápida.** Si presenta una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o si no nos hacemos responsables del problema que es motivo de su queja, incluiremos nuestras razones cuando le comuniquemos la respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**. La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Finalización de membresía en el plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) puede ser **voluntaria** (por elección propia) o **involuntaria** (por causas ajenas a su voluntad):

- Puede abandonar nuestro plan porque decide que *quiere* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si planea abandonar nuestro plan, este deberá seguir brindándole atención médica y suministrándole sus medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice la membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan cada año durante el **periodo de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El periodo de inscripción abierta** va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Opte por conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos, o
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado,
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Si elige esta opción y recibe Ayuda Extra (Extra Help), Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte 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 Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero a marzo; para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, este periodo va desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de la entrada en vigor de dicho derecho.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese 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 de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo especial de inscripción**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial si ocurre alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Usualmente, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid)
- Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para acceder a un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para dar por finalizada su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura

de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.
- **Si recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 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 al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- Busque la información en el manual **Medicare y Usted *2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En la tabla a continuación se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). • O bien comuníquese con **Medicare** por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias de la red o de pedidos por correo para surtir sus recetas médicas**.
- **Si está internado el día que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá la hospitalización hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Part A ni Medicare Part B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1.
  - En la Sección 2.1 se incluye información sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo de elegibilidad continua presunta.

    - Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para personas con ciertas condiciones médicas que califican y cumplen otros requisitos. Antes de que finalice el primer mes de inscripción, Central Health Medicare Plan confirmará con un profesional autorizado que su condición cumple los requisitos necesarios para inscribirse en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP). Si, en ese momento, o en algún momento posterior, se determina que su condición no cumple los requisitos, Central Health Medicare Plan debe cancelar su inscripción en el Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas. La cancelación de la inscripción entraría en vigor el primer mes posterior al mes en el que el plan le notifique la cancelación de la inscripción. Tendrá un periodo de inscripción especial que comienza el mes en que pierde la elegibilidad y dos meses adicionales para inscribirse en otro plan Medicare Advantage.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para participar en nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y esto dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una condición médica requerida para inscribirse en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

En la mayoría de los casos, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) no puede solicitarle que abandone nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud. La única vez que se nos permite hacer esto es si usted ya no tiene la condición médica requerida para inscribirse en Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de nuestra decisión. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar 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 que crearon los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) conforme a dicha ley. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado en el que vive. Esto puede repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 314-2427 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de accesibilidad en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare de los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario conforme a las reglamentaciones de los CMS en las subsecciones B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas contempladas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Apelación: lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor a la distribución de costos permitida de nuestro plan. Como miembro del plan Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP), usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de la distribución de costos que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: es la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando se le da el alta. Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada una vez que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte la sección "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta (consulte la sección "**Producto biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y comercializa la empresa farmacéutica que estuvo a cargo de la investigación y el desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y comercializan 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 Parte D que comienza cuando usted (o un tercero calificado en su nombre) ha gastado $2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP): los C-SNP son Planes de Necesidades Especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas que califican para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios y los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el hecho de presentar una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo formal**. El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos estipulados en el proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos, como una consulta al médico, una consulta a un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Distribución de costos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) todo deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) todo monto fijo de copago que un plan exige cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) todo monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Nivel de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel de distribución de costos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por nuestro plan y el monto, si hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y allí le dicen que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no se considera una determinación de cobertura. Tiene que llamar o enviar una carta a nuestro plan para solicitar una decisión formal respecto de la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

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

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Generalmente, cuando los beneficiarios de este tipo de cobertura se empiezan a calificar para Medicare, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados básicos: se trata de los cuidados personales que recibe en una residencia para ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de

enfermería especializada. Los cuidados básicos están a cargo de personas sin capacitación ni habilidades profesionales e incluyen la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, meterse a la cama y salir de ella o subirse y bajarse de la silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no cubre los cuidados básicos.

Tarifa diaria de distribución de costos: esta tarifa puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe abonar un copago. Una tarifa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento para un mes es de $30 y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tarifa diaria de distribución de costos es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

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

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

Plan de Necesidades Especiales para Personas que califican de manera Doble (D-SNP): en los D-SNP se inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la capacidad de calificar de la persona.

Persona que califica de manera doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indica su médico por razones médicas. Entre ellos, se incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar 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 que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está cursando un embarazo, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que tienen las siguientes características: 1) están a cargo de un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: hace referencia a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, en los que se explica su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión sobre la cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido con un nivel inferior de distribución de costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que usted solicita, si exige

una autorización previa para un medicamento y usted desea que le eximamos de la restricción de los criterios o si limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Extra (Extra Help): un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico es igual de eficaz que un medicamento de marca, pero su costo suele ser inferior.

Reclamo formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas por la calidad de la atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente del servicio de atención médica domiciliaria: una persona que presta servicios para los que no se necesitan las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer ejercicios que indican los médicos).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que le brinda tratamiento especial a un miembro con diagnóstico médico confirmado de enfermedad terminal, es decir, con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe facilitarle una lista de centros para pacientes terminales en su área geográfica. Si opta por un centro para pacientes terminales y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. También seguirá teniendo derecho a todos los servicios necesarios por razones médicas, así como a los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: sucede cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera cierto monto, deberá pagar el monto estándar de la prima más un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas por este monto, por lo que la mayoría de ellas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: la etapa previa a que los gastos de bolsillo del año alcancen el monto límite establecido.

Periodo de inscripción inicial: cuando califica para Medicare por primera vez, este es el plazo en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B. Si califica para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños, incluye ese mes y finaliza 3 meses después.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas que califican para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante, al menos, 90 días seguidos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP Institucionales Equivalentes (IE-SNP), SNP Institucionales Híbridos (HI-SNP) y SNP Institucionales en Centros (FI-SNP).

Plan Institucional de Necesidades Especiales Equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas que califican para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Producto biosimilar intercambiable: un producto biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta médica, ya que cumple con requisitos adicionales que permiten la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): lista de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte la sección Ayuda Extra (Extra Help).

Programa de Descuentos del Fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que pagará de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por de Medicare Part A y Part B y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Aunque los programas de Medicaid estatales varían, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y para Medicaid.

Indicación médica aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o tiene el aval de ciertas referencias, como la información farmacológica de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

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

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: el periodo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un plazo de 3 meses después de que una persona califica por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): también conocido como Medicare Part C. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan Medicare Advantage puede ser (i) un plan HMO, (ii) un plan PPO, (iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o (iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Part A y B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales, de la vista o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): se trata de un seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que Medicare Part A o Part B no cubren.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir los *periodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que califica para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción se confirmó mediante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos formales y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia con un contrato con nuestro plan donde los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de 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 que hace referencia a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la autorización o la certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar el pago que les hacemos como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de plan médico o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan en cuanto a si se cubren los artículos o servicios o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que tiene la aprobación de la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare **de arancel por servicio**): un plan que ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados.

En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original se compone de 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que adquiere en farmacias fuera de la red, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no forman parte del personal, la propiedad ni la gestión de nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de distribución de costos. El requisito de distribución de costos por el que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) en el que se combinan servicios médicos, sociales y de atención y acompañamiento a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas débiles 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 los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: cantidad que se añade a la prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare, si usted permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un periodo continuo de 63 días o más después de que califique por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban a través de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La distribución de costos del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtengan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo correspondientes a servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor para el total combinado de sus gastos de bolsillo correspondientes a servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan médico por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para abordar la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar al proveedor de atención primaria antes de a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos para los que se necesita autorización previa están marcados en el formulario y los criterios en los que nos basamos están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del organismo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de un medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo específico.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o una aplicación informática en donde los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del miembro y sobre los beneficios y el formulario. Esto incluye los montos de la distribución de costos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para tratar la misma condición médica que un medicamento específico y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito del médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan médico. En el caso de los planes que limitan la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también se trata del área en la que puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se reciben de manera continua, todos los días, en un centro enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un miembro del personal de enfermería o un médico pueden administrar.

Periodo de inscripción especial: un periodo determinado durante el que los miembros pueden cambiarse de plan médico o de medicamentos o volver a Medicare Original. Los casos en los que usted puede calificar

para un periodo de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Extra (Extra Help) para cubrir sus costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes viven en una residencia para ancianos o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de evaluación del uso que le exige primero probar otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que el médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, ceguera o son mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son los que se prestan en caso de enfermedades o lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. No se considera que las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de No Discriminación (NDN): Sección 1557**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Aviso de no discriminación – Sección 1557
Central Health Plan

La discriminación es ilegal. Central Health Plan cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. Central Health Plan no discrimina ilegalmente, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Central Health Plan ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos y oportunos para personas con discapacidades a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos y oportunos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Central Health Plan por teléfono al 1-866-314-2427, entre las 8 a.m. y las 8 p.m. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711. Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en braille, letra grande, casete de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Por teléfono: 1-866-606-3889. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO FORMAL

Si considera que Central Health Plan no prestó estos servicios o discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan. El reclamo formal puede presentarse por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Central Health Plan por teléfono al 1-866-606-3889, entre las 8:30 a.m. y las 5:30 p.m. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  Central Health Plan
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802

- En persona: visite la oficina de su médico o de Central Health Plan e indique que desea presentar un reclamo formal.
- De manera electrónica: envíe un correo electrónico a Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan en MolinaHealthcare.Alertline.com.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de queja están disponibles en DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **De manera electrónica:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Si usted cree que se le ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja sobre derechos civiles (reclamo formal) ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de queja están disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.
- **De manera electrónica:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه،: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب 314-2427 (866) ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب 314-2427 (866) (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք (866) 314-2427 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք (866) 314-2427 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر م یخواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (866) 314-2427 (TTY: 711) ، بگیري د . کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههایی ب ا خط بریل و چاپ درشت، ني ز موجود است . با (866) 314-2427 (TTY: 711)تماس بگیري د . این خدمات رایگان ارائه م یشون د

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。 (866) 314-2427 (TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (866) 314-2427 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (866) 314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ ส าหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายส าหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**"). Usamos y compartimos información médica protegida ("**PHI**") sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos
Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos
Podemos usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica
Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**asociados comerciales**") que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?
Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales
Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública
Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica
Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación
Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos
Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley
Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad
Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales
Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica
Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización de trabajadores
Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.
Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?
Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?
Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**
  Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**
  Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**
  Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**
  Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**
  Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
  - A personas sobre su propia PHI.
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
  - Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?
Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto
Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
Teléfono	(866) 314-2427 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros ((866) 314-2427; los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
Fax	(310) 507-6186
Correo postal	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Sitio web	www.centralhealthplan.com

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) (California SHIP)

Valley Caregiver Resource Center (Fresno and Madera Counties), Elder Law & Advocacy (Imperial County), Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office (Kings and Tulare Counties) 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
Teléfono	Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117 Imperial County: (760) 353-0223 Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.

Método	Información de contacto
Correo postal	Fresno and Madera Counties: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 Imperial County: Elder Law & Advocacy 939 W. Main Street, Box #19 Basement El Centro, CA 92243 Kings and Tulare Counties: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291
Sitio web	https://www.aging.ca.gov/hicap

Declaración informativa sobre PRA: *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA) 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.*