Evidencia de cobertura de 2024

Care N' Care Classic (HMO) H2171-001

1-877-374-7993 (TTY 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

YourTeam@cnchealthplan.com

cnchealthplan.com

care n care

Insurance Company, Inc.

H2171-001 – Classic HMO – Y0107_24_100aSP_M

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

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Care N' Care Classic (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con su equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Care N" Care Classic (HMO), es ofrecido por Care N' Care Insurance Company. (Cuando la *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", significa Care N' Care Insurance Company. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Care N' Care Classic [HMO]).

Este documento está disponible en forma gratuita en español. This document is available for free in Spanish.

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos en letra grande y en español. Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas sobre los cambios, al menos con 30 días de antelación.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender sobre lo siguiente:

- La prima de su plan y costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

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

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Introducción 6

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7

SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía 8

SECCIÓN 4 Los costos mensuales para Care N' Care Classic (HMO) 9

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su expediente de membresía del plan 15

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 18

SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Classic (HMO) (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con su equipo de experiencia al cliente) 19

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 25

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita) 26

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid 29

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 30

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 32

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 33

CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos 34

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 35

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red para obtener su atención médica 37

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de urgencia o durante una catástrofe 40

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? 43
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 45
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 46

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)..... 48
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 49
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 50
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 121

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la parte D..... 125
SECCIÓN 1 Introducción 126
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 126
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 131
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 133
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera? 134
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 138
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 140
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 141
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 142
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 143

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D..... 146
SECCIÓN 1 Introducción 147
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 150

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos yla etapa de pago en la que se encuentra 151

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Care N' Care Classic (HMO) 152

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte 153

SECCIÓN 6 Los costos en la etapa del período sin cobertura 158

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D 158

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que le corresponde pagar depende de cómo y dónde las obtiene 159

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para los servicios médicos o medicamentos cubiertos 161

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 162

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 164

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 165

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 166

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 167

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 173

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 175

SECCIÓN 1 Introducción 176

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 176

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 177

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de coberturas y apelaciones 178

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar unaapelación de una decisión de cobertura 181

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 189

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 199

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado pronto 206

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 212

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 215

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en el plan 219

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan 220

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 220

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 222

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 224

SECCIÓN 5 Care N' Care Classic (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones . 224

CAPÍTULO 11: Avisos legales 226

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 227

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 227

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 227

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes 228

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Care N' Care Classic (HMO), que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Care N' Care Classic (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la parte A y parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

Care N' Care Classic (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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

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

Esta *Evidencia de cobertura* le dice cómo obtener atención médica y medicamentos con receta. Esta le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Care N' Care Classic (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si esto le confunde, preocupa, o si tan solo tiene preguntas, comuníquese con su equipo de experiencia al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Care N' Care Classic (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Care N' Care Classic (HMO), desde el 1.º de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Care N' Care Classic (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Care N' Care Classic (HMO). Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la parte A y la parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si se ubican físicamente en esta.
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Care N' Care Classic (HMO)

Care N' Care Classic (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede permanecer siendo miembro de este plan. Comuníquese con el equipo de experiencia al cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

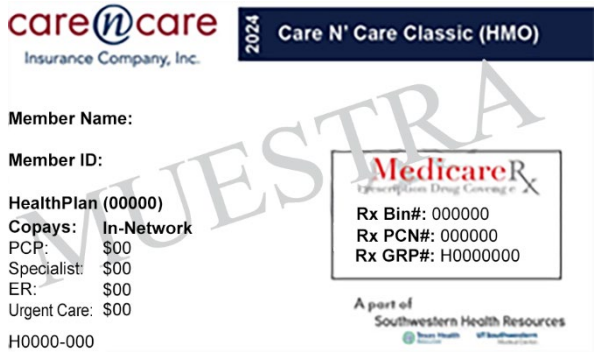
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Care N' Care Classic (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Care N' Care Classic (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía

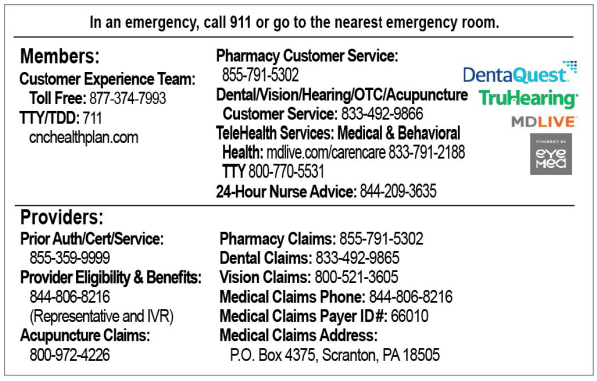
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de miembro cada vez que obtenga los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que pueda ver cómo será la suya:

PARTE DELANTERA



PARTE TRASERA



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usted usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de miembro de Care N' Care Classic (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare. Dichos estudios también se denominan ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame al equipo de experiencia al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales, farmacias y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar de forma total. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencias, servicios

de urgencias cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones cuando no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Care N' Care Classic autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al equipo de experiencia al cliente. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de proveedores/farmacias

El Directorio de proveedores/farmacias detalla las farmacias dentro de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes. Puede usar el *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar una farmacia dentro de la red que desee utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede obtenerla del equipo de experiencia al cliente También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* Para abreviar, la denominamos la "Lista de medicamentos". Indica cuáles son los medicamentos con receta de la parte D cubiertos por el beneficio de la parte D incluido en Care N' Care Classic (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Care N' Care Classic (HMO).

La "Lista de medicamentos" también le informa sobre las normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2024/medication-look-up-2024 o llamar al equipo de experiencia al cliente.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales para Care N' Care Classic (HMO)

Entre sus costos se pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* puede que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional, LIS), que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al equipo de experiencia al cliente y solicite la Cláusula LIS.

Las primas de la parte B y la parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), la sección llamada *Costos de Medicare de 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Care N' Care Classic (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la parte B. También puede incluir una prima para la parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la prima gratis de la parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la parte D. La multa por inscripción tardía de la parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la parte D si, en cualquier momento, después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la parte D o una cobertura de medicamentos con receta acreditable. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de la parte D y de otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la parte D se suma a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Care N' Care Classic (HMO), le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No deberá pagar si sucede lo siguiente:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Si ha tenido cobertura de medicamentos acreditable mediante otra fuente como un empleador anterior o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, su asegurador o Departamento de Recursos Humanos le indicará si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura de medicamentos con receta acreditable: las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior. Para 2024, este monto promedio de la prima era de $34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $34.70, lo que es igual a $4.86. Que se redondea en $4.90. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la parte D de Medicare.

- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa 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 esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la parte D o IRMAA. El cargo adicional se calcula mediante su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, usted deberá pagar un monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo en pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la parte D, hay varias formas en que puede pagar su multa.

Existen cuatro formas para pagar la multa. Puede llamar al equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener información sobre cómo cambiar el método de pago de la multa por inscripción tardía de la parte D.

Opción 1: pagar con cheque

Si elige pagar con cheque o giro postal, recibirá una factura por la multa del plan del mes siguiente. Si desea pagar las multas del plan anualmente, póngase en contacto con nosotros para que podamos enviarle una factura por el monto adecuado. La factura incluirá un sobre para el envío por correo. El pago vence el día 1 de cada mes. Todo pago que se reciba después del día 5 del mes se verá reflejado en su próximo estado de cuenta. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a nombre de Care N' Care, no de CMS o HHS.

Los cheques o giros postales se pueden enviar por correo a:

Care N' Care Insurance, Inc.
P.O. Box 674189
Dallas, TX 75267-4189

Opción 2: *transferencia electrónica de fondos*

Usted puede hacer que el pago de la multa del plan sea debitado automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros. Este programa es gratuito y elimina la necesidad de que deba enviar un cheque mensual. Las deducciones de su cuenta bancaria se realizarán el día 5de cada mes. Tenga en cuenta que, si el día 5 del mes es un fin de semana o feriado, la multa del plan se deducirá el quinto día hábil próximo. Comuníquese con el equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener más información sobre cómo programar el débito automático de su cuenta corriente o de ahorros.

Opción 3: puede pagar en línea con tarjeta de crédito

Si elige pagar con tarjeta de crédito, puede pagar la prima del plan en línea en www.cnchealthplan.com. El pago vence el día 1 de cada mes. Todo pago que se reciba después del día 5 del mes se verá reflejado en su próximo estado de cuenta. Para obtener más información sobre cómo pagar en línea con tarjeta de crédito, puede comunicarse con el equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 4: hacer que le descuenten la multa por inscripción tardía de la parte D del cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa del plan de esta forma, póngase en contacto con el equipo

de experiencia al cliente. Con mucho gusto le ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono del equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la opción mediante la cual paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que el nuevo método de pago tarde hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame al equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la parte D

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la parte D en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía del plan se cancelará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la parte D, si hay deuda, en un plazo de 90 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la parte D, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la parte D, si se debe, dentro del plazo establecido, comuníquese con su equipo de experiencia al cliente para que le recomendemos programas que le ayudarán a pagar sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la parte D, si se debe, Original Medicare brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, puede ser que todavía nos deba el pago de la multa que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo); consulte el Capítulo 9 para conocer cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la parte D, si se debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuevamente nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-877-374-7993 desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si se debe, o puede necesitar comenzar a pagarla. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda Adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la "Ayuda adicional", es posible que esté sujeto a una multa por inscripción tardía si supera los 63 días consecutivos o más sin cobertura de la parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su expediente de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y sus montos de costo compartido.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier cobertura de otro seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no tiene la obligación de contarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando al equipo de experiencia al cliente.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figure, llame al equipo de experiencia al cliente. Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro a sus otros seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para el plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.

  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóviles)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Classic (HMO) (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con su equipo de experiencia al cliente)

Cómo comunicarse con nuestro equipo de experiencia al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Classic (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Equipo de experiencia al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central. El equipo de experiencia al cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

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

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
FAX	817-810-5214

Método	Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com/your-rights-2/

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, y también respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
FAX	817-810-5214
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Care N' Care Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Elixir Attn: Clinical Services 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.elixirsolutions.promptpa.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la parte D – Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Elixir Attn: Clinical Services 8921 Canyon Falls Blvd. Suite 100 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, y también respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	817-438-8483
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Part D Appeals and Grievances 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Care N' Care Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud para pedir que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si usted recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que usted piensa que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Direct Member Reimbursement 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

Método	Solicitud de pago de beneficios de medicamentos con receta de la parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-855-791-5302 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	866-646-1403
ESCRIBA A	Elixir Attn: DMR Department 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominada CMS por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage tales como nosotros.

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

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** ofrece información sobre la condición de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor aproximado* de los costos que paga de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Care N' Care Classic (HMO): • **Informe sobre su queja a Medicare:** puede presentar una queja sobre Care N' Care Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y solicitar la información que desea. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas de Medicare y a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DEL SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **STATE** (Estado) de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (SHIP de Texas) - Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services 1100 West 49th Street Austin, TX 78756-3199
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga Medicare para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas) – Información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora estándar central); y sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., (hora estándar central).
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213

	Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la parte A y la parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa Medicaid de Texas)
LLAME AL	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora estándar central)
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	www.hhsc.state.tx.us

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

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

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su vivienda ni su vehículo. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta. No deberá realizar una solicitud. Si no califica automáticamente, puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).

- La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando un monto incorrecto de costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para que usted solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o para que las entregue si es que ya tiene las pruebas.

- Comuníquese con su equipo de experiencia al cliente a fin de solicitar asistencia para conseguir las mejores pruebas disponibles y para proporcionar estas pruebas. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su Ayuda adicional trabajando con Medicare para comprobar su elegibilidad para la Ayuda adicional.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el equipo de experiencia al cliente.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Varios estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas, primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si se inscribe en un programa de asistencia farmacéutica estatal (SPAP) o en cualquier programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda Adicional"), obtendrá igualmente el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH esenciales. Los medicamentos con receta de la parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, lo que incluye mostrar una constancia de residencia en el estado y condición de VIH, tener ingresos bajos según la definición del estado, y la condición de no tener seguro o estar infraasegurado. Si cambia de planes, notifique al encargado de inscripciones del ADAP local para que usted pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de medicamentos para el VIH de Texas al 800-255-1090.

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene reglas distintas para brindar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

Estos programas brindan asistencia financiera para medicamentos con receta a personas con discapacidades y a personas mayores que tienen ingresos limitados y necesidades médicas. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Atención Médica del Riñón (KHC) del estado de Texas y el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Método	Programa de atención médica del riñón (KHC) de Texas: Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986
TTY	1-800-735-2989
ESCRIBA A	Kidney Health Care MC 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
SITIO WEB	www.dshs.state.tx.us/kidney

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas: (Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090
TTY	1-800-735-2989
ESCRIBA A	Texas HIV Medication Program P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714-9347

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas: (Programa de asistencia farmacéutica estatal de Texas): información de contacto
SITIO WEB	www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a su equipo de experiencia al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY:1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, encontrará datos importantes sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. 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 acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago completo. Hemos convenido que estos proveedores les brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre el plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos con receta se detallan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Care N' Care Classic (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Care N' Care Classic (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** Necesario por razones médicas significa que los servicios, los suministros, el equipo o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige a nuestro plan que cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan brindar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o cuando el proveedor que le presta este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. Los costos compartidos que usted paga al plan por diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si usted está fuera del área de servicio del plan y obtiene diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que normalmente le brinda servicios de diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red para obtener su atención médica

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

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

Su PCP, o proveedor de atención primaria, es un médico (MD o DO) o, en algunos casos, otro proveedor de atención médica que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, puede obtener atención de rutina o básica de su PCP.

Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye, entre otros:

- Radiografías
- Medicamentos
- Análisis de laboratorio
- Terapia
- atención de médicos que son especialistas;
- Ingresos en el hospital
- Atención de seguimiento
- Pruebas de detección de salud

Coordinar sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su atención y cómo se va desarrollando. Debido a que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá asegurarse de que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio del PCP.

¿Cómo se elige un PCP?

Para elegir un PCP, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente. (Los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP de nuestro plan o pagará más para recibir los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y antineumocócicas.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al equipo de experiencia al cliente antes de abandonar el área de servicio, así podemos ayudarle a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Médicos especialistas (consulte el Capítulo 4 para obtener más información).
- Servicios de acupuntura y quiropráctica.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención 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 específica. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su médico de atención primaria (PCP) considere que usted necesita tratamiento especializado, lo remitirá al especialista adecuado. Las remisiones para algunos tipos de servicios (por ej., atención hospitalaria para pacientes internados, cirugía para pacientes ambulatorios) requieren que su PCP obtenga la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener una autorización previa). Para ver una lista más completa de los servicios que requieren autorización previa de nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los servicios que necesitan autorización previa están en cursiva e indican que se requiere o puede ser necesaria una autorización previa. Su PCP sabe qué servicios están automáticamente aprobados y puede coordinar su consulta inicial sin la necesidad de medidas adicionales por parte de nuestro plan.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual deja de formar parte del plan, se lo notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de parte de este o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor dentro de la red calificado al que pueda acceder para continuar recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias necesarios por razones médicas que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto que sea necesario por razones médicas y que se encuentre fuera de la red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera autorización previa según el beneficio. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información adicional.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo por calidad de atención ante el plan o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Aquí hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de recibir atención de un proveedor que no pertenece a la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Equipo de experiencia al cliente antes de abandonar el área de servicio, así podemos ayudarle a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera. Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si se le presenta una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, evitar que pierda un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y cobertura de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo y de cualquier proveedor que cuente con una autorización adecuada del estado, aunque no forme parte de nuestra red.

- **Cubrimos servicios de atención emergencia y de urgencia en todo el mundo** (esto significa fuera de los EE. UU. y sus territorios). Consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) para obtener más información.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le haya avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué está cubierto en caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo pondría su salud en peligro. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

Después de que haya pasado la emergencia, tiene derecho a la atención de seguimiento para asegurarse de que su afección permanezca estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que estos se comuniquen con nosotros y hagan planes para atención adicional. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como la afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es una emergencia y que requiere atención médica de inmediato, pero, tomando en cuenta sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se presenta durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Cuando las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, acuda al centro de cuidado de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos con el beneficio complementario de atención de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte el capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.cnchealthplan.com/current-state-of-emergency/ para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Si usted no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Care N' Care Classic (HMO) cubre todos los servicios necesarios por razones médicas mencionados en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcance su límite de beneficios, el dinero que gaste en ese servicio no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio, *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si usted nos dice que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red de los servicios de este ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si usted ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo diga ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Advantage para las personas inscritas en Original Medicare, le recomendamos que nos informe con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y alimentación por 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 secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte de un estudio de investigación. En el supuesto caso de que la parte que le corresponde de los costos de esta prueba fuera de $20 con Original Medicare, sería de $10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba, y usted pagaría el copago de $20 que exige Original Medicare. En ese caso, usted notificaría al plan de que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentaría al plan documentación como la factura de un proveedor. Luego, el plan le pagaría a usted directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación al plan, como la factura de un proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagan ninguno de los siguientes conceptos**:

- Por lo general, Medicare *no* paga los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, salvo que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.

- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales (CT) que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde puede leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro del plan, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

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

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a obtener el tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o al tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o al tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
- *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Puede adquirir la titularidad del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar. El miembro siempre es titular de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se analizan otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Care N' Care Classic (HMO), no tendrá posesión de los artículos de equipos médicos duraderos (DME) alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de que se cambie a Original Medicare a fin de adquirir el artículo. Los pagos realizados durante su inscripción en el plan no se toman en cuenta.

Ejemplo 1: hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la titularidad en ese tiempo. Luego, volvió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la titularidad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para recibir la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Care N' Care Classic (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Administración de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la administración de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si abandona Care N' Care Classic (HMO) o si ya no tiene una necesidad médica de usar equipo de oxígeno, debe devolver dicho equipo.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de cinco años, usted puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque usted siga con la misma compañía, por lo que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Care N' Care Classic (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de su bolsillo que posiblemente tenga que pagar por los servicios cubiertos.

- Un **copago** es 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. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).

- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

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

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

Como usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo por año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo" (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de $3,900.

Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos con receta de la parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo de $3,900 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de Care N' Care Classic (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no deben cobrar cargos adicionales por separado denominados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como, por ejemplo, cuando obtiene una remisión o cuando se trata de emergencias o servicios de urgencia).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como, por ejemplo, cuando obtiene una remisión o cuando se trata de emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si usted piensa que un proveedor le ha facturado el saldo, llame al equipo de experiencia al cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Care N' Care Classic (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

- Los servicios que usted recibe (incluida la atención médica, los servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. Necesario por razones médicas significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, salvo que sea atención emergente o de urgencia o salvo que su plan o un proveedor de la red le haya otorgado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tenga un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que brinde y supervise su atención. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria (PCP) deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa).
    - Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos e indican si se puede requerir una autorización previa.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y usted 2024]. Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para la lumbalgia crónica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como aquella que: • Dura 12 semanas o más. • Es inespecífica, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociada a una intervención quirúrgica. • No está asociada a un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se deberá interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o si presenta un retroceso. Requisitos del proveedor: Médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden prestar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en el artículo 1861(aa) (5) de la Ley) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura	Copago de $20 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
si cumplen con todos los requisitos aplicables del estado y cuentan con lo siguiente: • un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una autorización vigente, completa, activa y sin restricción para practicar la acupuntura en un estado, territorio, mancomunidad (a saber, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS que exige nuestra reglamentación en el Título 42 del CFR, artículos 410.26 y 410.27. Los servicios de acupuntura prestados por American Specialty Health (ASH) deben usar proveedores contratados por ASH.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o giratoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se prestan a un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para un caso de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	*Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.* Copago de $275 por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare. 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare. Se aplican costos compartidos a cada viaje de ida o de vuelta.
Examen físico anual de rutina El examen físico anual de rutina incluye el examen y la evaluación físicos integrales del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas	Usted no paga nada por un examen físico por año.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
radiológicas o no radiológicas de diagnóstico, ni pruebas de diagnóstico. Se podrían aplicar costos compartidos adicionales a los análisis de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la consulta, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. No es necesario programar las consultas para exámenes físicos anuales de rutina con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario.	
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico). Para información sobre gammagrafías óseas de diagnóstico, consulte **Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios** en esta Tabla de beneficios médicos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses. Para información sobre mamografías de diagnóstico, consulte **Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios** en esta Tabla de beneficios médicos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $20 para cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de $20 para cada servicio intensivo de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre un riesgo alto de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	Copago de $20 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o un enema de bario de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de someterse a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos. Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o del último enema de bario. • Pruebas 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 que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y con 24 meses desde el último enema de bario de o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	Copago de $0 para una sigmoidoscopia flexible de diagnóstico en el consultorio de un médico o en un laboratorio independiente. Copago de $25 para una sigmoidoscopia flexible de diagnóstico en un centro para pacientes ambulatorios. Copago de $0 para un enema de bario.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte la mandíbula, o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.	Copago de $0 para servicios dentales cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Además, cubrimos los siguientes servicios dentales de rutina (beneficio a través de DentaQuest):
 	
• Servicios dentales preventivos
  • Exámenes bucales*
  • Limpiezas*
  • Radiografías dentales*
• Servicios dentales integrales
  • Servicios que no sean de rutina*
  • Servicios de diagnóstico*
  • Servicios de restauración*
  • Servicios de endodoncia*
  • Servicios de periodoncia*
  • Extracciones*
  • Servicios de prostodoncia y maxilofaciales*
  • Otros servicios según se definen en la Lista de beneficios*
 	
Beneficio máximo de servicios dentales de rutina: el plan paga hasta $3,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto superior a los $3,000.
 	
* Los servicios marcados con un asterisco no están sujetos al cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP).
	Estos servicios pueden requerir autorización previa
	
	Copago de $0 para los servicios dentales preventivos e integrales hasta el beneficio máximo de $3,000.
	
	Luego de alcanzar el beneficio máximo, será responsable del 100% del costo del servicio.
	
	Consulte el Programa de beneficios de servicios dentales de rutina a continuación de esta tabla para obtener más información sobre los servicios dentales no cubiertos por Medicare.

Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que califique para un mínimo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Suministros para controlar la glucosa en sangre: control de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles.	Suministros para controlar el nivel de azúcar en sangre: Si se compra a través de una farmacia dentro de la red con una receta del suministro médico: Copago de $0 para suministros de los siguientes fabricantes: - Freestyle - Precision - One Touch Coseguro del 20% para suministros de cualquier otro fabricante. Si los suministros se compran en cualquier otro centro de la red, su coseguro es del 20%.
• Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas	20% del costo para calzado terapéutico o plantillas para la diabetes cubiertos por

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de capacitación para la autogestión de la diabetes cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero que sea necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com. Generalmente, Care N' Care Classic (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes salvo que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Care N' Care Classic (HMO) y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir la marca que sea médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.* 20% del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido por cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% del costo, todos los meses. Si antes de inscribirse en Care N' Care Classic (HMO) ha completado 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Care N' Care Classic (HMO) es el 20% del costo.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia • Sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, evitar que pierda un bebé por nacer), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.	Copago de $100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si lo internan en el hospital en el plazo de 3 días por la misma afección, no tiene que pagar la parte que le corresponde del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes internados en un hospital" de este folleto para conocer los otros costos. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, O si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el mismo costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.
Los servicios de emergencia están cubiertos fuera del área de servicio en cualquier parte del mundo.* Si tiene una emergencia médica mientras se encuentra fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar constancia del pago a Care N' Care para recibir un reembolso. Para obtener más información, consulte la Sección 2 del Capítulo 7. Es posible que no le podamos	Copago de $90 por consulta para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo. *Cobertura limitada a $50,000 por año para servicios internacionales de emergencia/urgencia combinados fuera de los Estados Unidos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
reembolsar todos los gastos que paga de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser más bajas que las tarifas del proveedor fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted puede ser responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como del copago de miembro para servicios de emergencia en todo el mundo.	
Programas de educación sobre salud y bienestar SilverSneakers® es un programa integral que mejora el bienestar y la fuerza generales. Diseñado para todos los niveles y habilidades, este programa brinda acceso a equipos de acondicionamiento físico, clases grupales de ejercicio, ejercicios en el hogar, educación en línea y una sensación de comunidad. Con más de 14,000 ubicaciones en todo el país, los miembros pueden visitar cualquiera de las ubicaciones en cualquier momento.	Usted paga un copago de $0 para el beneficio de gimnasio de SilverSneakers®.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $25 por examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.
Servicios de audición de rutina (beneficio a través de TruHearing) • Examen de audición: un examen de audición de rutina por año.	Copago de $0 para examen auditivo de rutina.*
• Audífonos: Hasta dos audífonos de marca TruHearing por año (uno por oreja por año). El beneficio se limita a los audífonos estándar ($399), avanzados ($599) y premium ($899) de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. Los audífonos avanzados y premium están disponibles en opciones de estilo recargable por un costo adicional de $50 por audífono.	Copago de $399 por cada audífono para audífonos avanzados.* Copago de $599 por cada audífono para audífonos avanzados.* Copago de $899 por cada audífono para audífonos premium.*

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Las compras de audífonos incluyen: • Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor • Un período de prueba de 60 días • Garantía extendida por 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • Costo adicional por la recarga opcional de audífonos • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales Baterías al comprar un audífono recargable • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos de reclamos de garantía por pérdida y daño Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Servicios no cubiertos en ninguna situación: Audífonos y visitas del proveedor para hacer un mantenimiento de los audífonos (a menos que se describa específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, tarifas por reclamación de garantía y baterías para audífonos (además de las 80 baterías gratis por audífono no recargable comprado). Los servicios auditivos provistos por TruHearing deben usar proveedores contratados de TruHearing.	* Los servicios marcados con un asterisco no están sujetos al cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas cubriremos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o atención médica en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica en el hogar; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	*Los servicios requieren autorización previa.* No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen otros copagos o coseguros (consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados para conocer los copagos o coseguros aplicables).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa y por vía subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión 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, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, suministrados conforme al plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo conforme al beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.* Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria, servicios de médicos especialistas, o a la atención médica o atención médica en el hogar (como se describe en "Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico" o "Atención brindada por agencias de atención médica en el hogar") según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o supervisión. Consulte "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" más arriba en esta tabla para conocer cualquier costo compartido aplicable a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión en el hogar. Consulte "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" más adelante en esta tabla para conocer los costos compartidos aplicables a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión en el hogar.
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un diagnóstico de enfermedad terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA tiene, controla o sobre los que tiene un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la parte A y la parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Care N' Care Classic (HMO). Usted no paga si recibe cuidados paliativos de un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y los cuidados paliativos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Servicio de cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando ingresa en cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si usted elige permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la parte A y la parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le cobrará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener dichos servicios, usted paga solamente el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según la tarifa por servicios de Medicare (Original Medicare).	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para los servicios cubiertos por Care N' Care Classic (HMO), pero que no están cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare: Care N' Care Classic (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga su monto del costo compartido del plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con el cuidado de hospicio que recibe por su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con el cuidado paliativo que recibe por su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*) **Nota:** si necesita atención no relacionada con los cuidados paliativos (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habitual • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidado intensivo o coronario) • Drogas y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de	*Los servicios requieren autorización previa.* Días 1 a 5: copago de $210 por día Días 6 a 90: copago de $0 por día Copago de $0 por día para cualquier día adicional de servicios hospitalarios para pacientes internados cubierto por Medicare después de 90 días. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. Para la atención hospitalaria para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital. Un traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital de atención a largo plazo) se considera un nuevo ingreso. Por cada hospitalización como paciente internado, usted está cubierto por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de acuerdo con las normas del plan.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Care N' Care Classic (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios de médicos	
Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	**Nota:** El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la siguiente sección denominada "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios".

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. La atención de salud mental para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. El límite de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados no corresponde a los servicios de salud mental para pacientes internados brindados en un hospital general.	*Los servicios requieren autorización previa.* Días 1 a 5: copago de $210 por día Días 6 a 90: copago de $0 por día Copago de $0 por día para cualquier día adicional de hospitalización psiquiátrica cubierto por Medicare después de 90 días.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Estos servicios pueden requerir autorización previa* Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:
• Servicios de médicos	Consulte a continuación los servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.
• Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	Consulte a continuación Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Radiografías	Consulte a continuación Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	Consulte a continuación Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Vendajes quirúrgicos	Consulte a continuación Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	Consulte a continuación Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos	Consulte a continuación Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente	Consulte a continuación Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Consulte a continuación Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
Beneficio de comidas	*Estos servicios pueden requerir autorización previa*
Afecciones crónicas Los miembros que reciben servicios de administración de la atención por determinadas afecciones crónicas pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para hacer la transición a una modificación del estilo de vida. • Las afecciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (CKD). • Los beneficiarios pueden recibir un máximo de 3 comidas saludables por día durante 2 semanas como máximo por año por afección.	Copago de $0 por pedido.
Después del alta Inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización como paciente internado, los beneficiarios pueden recibir tres comidas por día durante dos semanas como máximo, por hasta dos altas por año. Debe utilizar proveedores preferidos para este beneficio.	Copago de $0 por pedido.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted reciba más horas de tratamiento, con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de comportamiento de salud estructurada que proporciona una capacitación práctica sobre un cambio dietario a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para los desafíos de superación a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta de la parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio	*Estos servicios pueden requerir autorización previa* 20% del costo por los medicamentos de la parte B, como medicamentos para quimioterapia para dichos medicamentos de la parte B de Medicare. 20% del costo para otros medicamentos de la parte B de Medicare. Copago de $35 por mes para medicamentos de insulina de la Parte B.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas) • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Retacrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la parte B y parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetadas de la Parte D, por ejemplo, las reglas que usted debe cumplir para que se cubran las recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	(El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de $35 por el suministro para un mes. No se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel de plan). Es posible que pague menos por ciertos medicamentos reembolsables. Si el precio de algunos medicamentos de la Parte B ha aumentado a un ritmo más rápido que la tasa de inflación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) reducirán el coseguro que usted pagará por el medicamento. Los CMS publicarán el coseguro ajustado del beneficiario para cada medicamento reembolsable de la Parte B en los archivos de precios trimestrales publicados en el sitio web de los CMS. Luego, Care N' Care ajustará lo que usted paga por esos medicamentos para que coincida con lo que se indica en el sitio web de los CMS. para la administración de estos medicamentos, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de proveedores de atención primaria, servicios de especialistas o servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico" o "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde haya recibido los servicios de administración de medicamentos o infusión.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Línea de asesoramiento de enfermería El personal de enfermería registrado está disponible en cualquier momento, de día o de noche, para responder preguntas, evaluar los síntomas y ayudarle a decidir si debe llamar a su médico, acudir a la sala de emergencias o a la atención de urgencia, o tratar los problemas en el hogar. La línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la línea de asesoramiento de enfermería. (beneficio a través de CareNet)
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para fomentar la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Tratamientos asistidos con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de MAT (si corresponde). • Asesoramiento por el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis toxicológicos. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $15 por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Es posible que los servicios requieran autorización previa. Es posible que los servicios requieran una remisión.*
• Radiografías	Copago de $0 para radiografías.
• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos	20% del costo: radioterapia, suministros quirúrgicos, tablillas
• Suministros quirúrgicos, como vendajes	
• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	
• Análisis de laboratorio	Copago de $0 para pruebas de laboratorio en el consultorio de un médico o en un laboratorio independiente. Copago de $10 para análisis de laboratorio en un centro para pacientes ambulatorios.
• Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Sangre: copago de $0 después de las primeras 3 pintas
• **Otros exámenes de diagnóstico (no radiológicos) para pacientes ambulatorios**	Copago de $0 para pruebas de COVID-19. Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico. Copago de $25 para una prueba de esfuerzo en caminadora. Copago de $25 para una prueba de función pulmonar.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• **Otros exámenes de diagnóstico (radiológicos) para pacientes ambulatorios**	Copago de $0 para un estudio del sueño en el hogar. Copago de $50 para un estudio del sueño en otros centros. Copago de $0 para otras pruebas de diagnóstico no radiológicas para pacientes ambulatorios en el consultorio de un médico o en un laboratorio independiente. Copago de $25 para otras pruebas de diagnóstico no radiológicas en un centro para pacientes ambulatorios. Copago de $0 para una mamografía de diagnóstico. Copago de $0 para medición de la masa ósea de diagnóstico. Copago de $75 para una ecografía. Copago de $75 para una ecocardiografía. Copago de $200 para una tomografía computarizada (CT). Copago de $225 para otros servicios de diagnóstico radiológico, que incluyen resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), prueba de esfuerzo nuclear y estudios de SPECT.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios provistos para determinar si usted debe ser ingresado como paciente internado o recibir el alta. Para que los servicios de observación hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y estatutos del personal del hospital admiten a los pacientes en el hospital u ordenan pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que corresponden a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Copago de $190 por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.* *Es posible que los servicios requieran una remisión.*
• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos	Consulte "Atención de emergencia", "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios" y "Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios" para obtener información sobre los copagos de los centros.
• Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital	Consulte Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Atención de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa	Consulte Atención de salud mental para pacientes ambulatorios.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Suministros médicos, como tablillas y yesos	Consulte Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo	Consulte Medicamentos con receta de la parte B de Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que corresponden a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877- 486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra con licencia estatal o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero con práctica médica (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	*Los servicios requieren una remisión.* **Visita psiquiátrica** Copago de $25 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $25 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. **Otra consulta con un especialista** Copago de $25 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $25 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF, por sus siglas en inglés).	Copago de $15 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones grupales e individuales para el tratamiento de abuso de sustancias.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $25 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $25 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	*Los servicios requieren autorización previa.* **Centro quirúrgico ambulatorio** Copago de $175 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** Copago de $190 por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare.
Beneficio de productos de venta libre (OTC) Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta, como vitaminas, protección solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, y vendas. Tienes 2 opciones para realizar el pedido: - En línea: visite livewell.medline.com/CNC. - Por teléfono: llame sin cargo a un representante de servicio al cliente de artículos de venta libre (OTC) al 833-492-9866 (los usuarios de TTY deben llamar al 711),	Asignación de $75 por trimestre (3 meses) para gastar en artículos OTC aprobados por el plan. Los períodos trimestrales de beneficios de OTC se extienden de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central, de lunes a viernes. Sin costo adicional, su pedido se enviará a la dirección que proporcionó cuando realizó dicho pedido. Consulte su Catálogo de productos OTC 2024 para conocer una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de servicio al cliente de OTC para obtener más información. Beneficio de OTC provisto por Medline Industries	Si no usa la totalidad de su monto trimestral de beneficios para OTC cuando realice el pedido, el saldo restante NO se traslada al siguiente período de beneficios de OTC. Todo monto de beneficio de artículos de venta no utilizado vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios. Nota: Si agota su beneficio trimestral de artículos de venta libre, aun así puede ordenar del catálogo usando su propio método de pago de gastos que paga de su bolsillo. * Cualquier gasto de su bolsillo NO se tendrá en cuenta para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo. Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento de un hospital para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	*Los servicios requieren autorización previa.* Copago de $65 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como servicio hospitalario para pacientes externos.	
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos y de atención médica médicamente necesarios suministrados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de un hospital para pacientes externos o en cualquier otro lugar	Copago de $0 para servicios prestados en el consultorio de un médico por parte de un proveedor de atención primaria o de un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional de atención médica no médico (según lo permita Medicare) cuando actúa como proveedor de atención primaria. Para los servicios proporcionados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes ambulatorios, consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios"
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista	Copago de $0 para servicios prestados en el consultorio de un especialista por parte de un especialista médico o de un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional de atención médica no médico (según lo permita Medicare) cuando actúa como especialista. **NOTA:** Este copago no se aplica a otros proveedores específicamente indicados en otras secciones de este documento (por ejemplo, podólogo, psiquiatra y quiropráctico).
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	Copago de $0 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare.
• Ciertos servicios de telemedicina, proporcionados por un profesional de atención de urgencia, un médico de atención primaria o un médico	Copago de $0 para servicios de atención de urgencia por telemedicina (beneficio proporcionado por MDLive).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

especialista (incluidos un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional de atención médica no médico [según lo permita Medicare] cuando actúan como médico de atención primaria o especialista), y un psiquiatra u otro especialista en salud mental.
• Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o por telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios por telemedicina, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telemedicina.
• Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros con diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.
• Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar y tratar los trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente:
  ○ Tiene una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telemedicina.
  ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina.
  ○ Pueden realizarse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.
• Servicios de telemedicina para las visitas de salud mental provistas por Rural Health Clinics y los centros de salud calificados federalmente.
	Copago de $0 para cada servicio de telemedicina proporcionado por un proveedor de atención primaria o por un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional de atención médica no médico
	(según lo permita Medicare) cuando actúa como proveedor de atención primaria.
	Copago de $0 para cada servicio de telemedicina proporcionado por un especialista médico o por un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional de atención médica no médico (según lo permita Medicare) cuando actúa como especialista.
	Copago de $25 para cada servicio de telemedicina individual o grupal proporcionado por un psiquiatra u otro especialista en salud mental.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Seguimientos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 y 10 minutos **si se cumple todo lo siguiente:** o Usted no es un paciente nuevo. o Los seguimientos no se relacionan con una visita al consultorio durante los últimos 7 días. o Los seguimientos no se relacionan con una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima. • Evaluación de videos o imágenes que envió a su médico e interpretación y seguimiento de su médico dentro de las 24 horas **si se cumple todo lo siguiente**: o Usted no es un paciente nuevo. o La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio durante los últimos 7 días. o La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o la historia clínica electrónica • Segunda opinión antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico)	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáreo).	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $35 por cada consulta cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de tacto rectal anual. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba anual del antígeno prostático específico (PSA). Los exámenes de diagnóstico de PSA están sujetos a costos compartidos como se describe en la sección Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios de esta tabla.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta sección).	*Es posible que los servicios requieran autorización previa.* Dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados: 20% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. 20% del costo por suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $15 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de al menos 20 años por paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para pruebas de detección de cáncer del pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un alto riesgo de tener una ETS cuando las pruebas las solicita un médico de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de entre 20 y 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de educación para las enfermedades renales para enseñar a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios de educación sobre enfermedades de los riñones de por vida.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente).	20% del costo para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales).	Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y la persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). • Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.	20% del costo para la capacitación para la autodiálisis. Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados. Consulte Atención brindada por agencias de atención médica en el hogar.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de atención en un centro de enfermería especializada. Que suele denominarse SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres	*Los servicios requieren autorización previa.* Copago de $0 por día para los días 1 a 20. Copago de $196 por día para los días 21 a 100. Tiene cobertura hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios para servicios para pacientes internados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital para pacientes internados o a un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando usted no ingresa como paciente internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude al hospital (o SNF) una vez finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios médicos o profesionales En general, usted obtendrá la atención de SNF en centros del plan. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.	No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe cumplir con lo siguiente: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o profesional de enfermería/enfermero clínico que debe recibir capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. La SET puede estar cubierta para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera necesario por razones médicas.	*Los servicios requieren una remisión.* Copago de $20 por cada consulta SET cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se prestan para tratar una situación que no sea de emergencia, una enfermedad médica no prevista, una lesión o una afección que requiera atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red si ocurre lo siguiente: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas las circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo. Si tiene una necesidad urgente de atención mientras se encuentra fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar constancia del pago a Care N' Care para recibir un reembolso. Para obtener más información, consulte la Sección 2 del Capítulo 7. Es posible que no le podamos reembolsar todos los gastos que paga de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser más bajas que las tarifas del proveedor fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted puede ser responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como del copago de miembro para servicios de urgencia en todo el mundo.	Copago de $30 por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare. Copago de $90 para servicios de atención de urgencia en todo el mundo. Cobertura limitada a $50,000 por año para servicios de emergencia/urgencia combinados fuera de los Estados Unidos. * Los servicios marcados con un asterisco no están sujetos al cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.	Copago de $25 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas anuales de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.
• Para las personas con diabetes, se cubre una única prueba de detección de retinopatía diabética por año.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare para personas con diabetes.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular. (Si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.
Atención de la vista de rutina provista por EyeMed	
• Examen auditivo de rutina (hasta uno por año).*	Copago de $0 para exámenes de la vista de rutina.
• Lentes de contacto o anteojos (monturas y lentes). Cualquier monto que supere el monto máximo del beneficio es responsabilidad del miembro.*	El plan paga hasta $150 para la compra de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto (convencionales o desechables) por año. Los montos superiores a la asignación de $150 no están cubiertos. Hable con su proveedor para conocer los descuentos disponibles.
Debe usar proveedores contratados por EyeMed para recibir atención de la vista de rutina.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
* Los servicios marcados con un asterisco no están sujetos al cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	Si su médico indica que son necesarios, usted tiene un copago de $0 para lentes de contacto necesarios por razones médicas.
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando realice su cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Tabla de beneficios de los servicios dentales de rutina

(Beneficio a través de DentaQuest)

Nuestro plan ofrece servicios dentales de rutina. Esta tabla de beneficios describe sus beneficios y servicios cubiertos. Consulte "Servicios dentales" en la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más información, incluido el beneficio máximo anual. A continuación se muestra una lista de códigos cubiertos por su plan. Si un código no aparece en la lista, no está cubierto.

<table>
<tr><th colspan="4">Diagnóstico (exámenes o exámenes bucales preventivos)</th></tr>
<tr><td>Código</td><td>Descripción</td><td>Frecuencia</td><td>Se requiere autorización</td></tr>
<tr><td>D0120</td><td>Evaluación bucal periódica</td><td rowspan="3">Dos códigos (D0120, D0160, D0170) cada 12 meses.</td><td rowspan="6">No se requiere autorización</td></tr>
<tr><td>D0160</td><td>Examen bucal completo centrado en problemas</td></tr>
<tr><td>D0170</td><td>Reevaluación limitada centrada en problemas</td></tr>
<tr><td>D0150</td><td>Examen bucal integral</td><td rowspan="2">Un código (D0150, D0180) cada 36 meses.</td></tr>
<tr><td>D0180</td><td>Evaluación periodontal integral</td></tr>
<tr><td>D0140</td><td>Evaluación bucal limitada</td><td>Tres por 12 meses; no se permite combinar con servicios de rutina</td></tr>
</table>

Radiografías (rayos X dentales)			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D0210	Serie intraoral integral de imágenes radiográficas	Un código (D0210, D0330, D0277, D0372) cada 36 meses.	No se requiere autorización
D0330	Imagen radiográfica panorámica		
D0277	Alas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas		
D0372	Tomosíntesis intraoral: serie integral de imágenes radiográficas		
D0220	Periapical intrabucal: primera imagen radiográfica	Un código D0220, por fecha del servicio.	
D0230	Periapical intrabucal: cada imagen radiográfica adicional		
D0374	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica periapical	Una cada 12 meses.	
D0240	Imagen radiográfica oclusal intrabucal	Dos cada 24 meses.	
D0270	Mordida: imagen radiográfica única	Un código (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses.	
D0272	Mordida: dos imágenes radiográficas		
D0273	Mordida: tres imágenes radiográficas		
D0274	Mordida: cuatro imágenes radiográficas		
D0373	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica periapical		

Servicios preventivos (limpiezas)			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D1110	Profilaxis: adulto	Dos códigos (D1110, D4346, D4910) cada 12 meses.	No se requiere autorización

Flúor			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Dos códigos (D1206, D1208, D9910) cada 12 meses.	No se requiere autorización
D1208	Aplicación tópica de flúor		

Servicios de restauración básica (empastes)			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D2140	Empaste de amalgama: una superficie, dientes de leche o permanentes	Una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses. * No se permiten restauraciones una vez que se haya colocado una corona en la superficie.	No se requiere autorización
D2150	Empaste de amalgama: dos superficies, dientes de leche o permanentes		
D2160	Empaste de amalgama: tres superficies, dientes de leche o permanentes		
D2161	Empaste de amalgama: cuatro superficies, dientes de leche o permanentes		

Servicios de restauración con resina (empastes)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	Una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses. * No se permiten restauraciones una vez que se haya colocado una corona.	No se requiere autorización
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores		
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores		
D2335	Compuesto a base de resina: más de cuatro superficies, anteriores		
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior		
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior		
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores		
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores		
D2394	Compuesto a base de resina: más de cuatro superficies, posteriores		

Restauraciones de incrustación/recubrimiento*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D2510	Incrustación: de metal, una superficie	Una restauración por diente cada 60 meses.	* Los servicios requieren autorización
D2520	Incrustación: de metal, dos superficies		
D2530	Incrustación: de metal, tres o más superficies		
D2542	Recubrimiento: de metal, dos superficies		
D2543	Recubrimiento: de metal, tres superficies		
D2544	Recubrimiento: de metal, cuatro o más superficies		
D2610	Incrustación: de porcelana/cerámica, una superficie		
D2620	Incrustación: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D2630	Incrustación: de porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D2642	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D2643	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, tres superficies		
D2644	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	Una restauración por diente cada 60 meses.	* Los servicios requieren autorización
D2650	Incrustación: compuesto a base de resina, una superficie		
D2651	Incrustación: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2652	Incrustación: compuesto a base de resina, tres o más superficies		
D2662	Recubrimiento: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2663	Recubrimiento: compuesto a base de resina, tres superficies		
D2664	Recubrimiento: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies		

Coronas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D2710	Corona: de resina (indirecta)	Una restauración por diente cada 60 meses.	* Los servicios requieren autorización
D2712	Corona: 3/4 de compuesto a base de resina (indirecta)		
D2720	Corona: de resina con metal altamente noble		
D2721	Corona: de resina con metal base predominantemente		
D2722	Corona: de resina con metal noble		
D2740	Corona: de porcelana/cerámica		
D2750	Corona: de porcelana pura a metal altamente noble		
D2751	Corona: de porcelana pura a metal base predominantemente		
D2752	Corona: de porcelana pura a metal noble		
D2753	Corona: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble		
D2781	Corona: 3/4 de metal base predominantemente		
D2782	Corona: 3/4 de metal noble		
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica		
D2790	Corona: completa de metal altamente noble		
D2791	Corona: completa de metal base predominantemente		
D2792	Corona: completa de metal noble		
D2794	Corona: de titanio		
D2799	Corona provisoria	Incluida en el beneficio de colocación de coronas.	

Servicios de restauración importante			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D2910	Recementación o readhesión de incrustaciones, recubrimientos, revestimientos o restauración de cobertura parcial	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	No se requiere autorización
D2915	Recementación o readhesión de piezas fabricadas indirectamente		
D2920	Recementación o readhesión de la corona		
D2940	Restauración protectora: colocación directa de material de restauración para proteger la forma del diente o el tejido. Es posible que este procedimiento también se use para aliviar el dolor, fomentar la curación o prevenir futuros deterioros.	Una vez por diente de por vida.	
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidos los pernos, si fuera necesario	Un código (D2950, D2952, D2954) una vez por diente, cada 60 meses. No se permite con restauraciones de resina o amalgama.	No se requiere autorización
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente		
D2954	Perno y muñón, además de la corona, prefabricados		
D2951	Retención de perno: por diente, además de la restauración	Una vez por diente cada 60 meses con restauraciones de resina o amalgama. Incluido con estos códigos de servicios: D2950, D2952 y D2954.	
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: mismo diente	Uno por diente cada 60 meses, incluido en el código D2952.	
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	
D2990	Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficies lisas	Un código (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990), una una restauración por diente, por superficie, una vez en 24 meses.	
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, según informe*		* Los servicios requieren autorización Observaciones de necesidad médica y descripción del servicio

Pulpotomía			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D3220	Pulpotomía terapéutica	Un código (D3220 o D3221) una vez por diente de por vida. No se permite junto con un tratamiento de conducto realizado por el mismo proveedor/en la misma ubicación en un plazo de 90 días.	No se requiere autorización
D3221	Desbridamiento pulpar total en dientes de leche y permanentes		

Tratamiento de conducto			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D3310	Endodoncia (tratamiento de conducto), anterior	Una vez por diente permanente de por vida.	No se requiere autorización
D3320	Endodoncia (tratamiento de conducto), bicúspide		
D3330	Endodoncia (tratamiento de conducto), molar		
D3331	Obstrucción del tratamiento de conducto; acceso no quirúrgico		
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo, anterior		
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo, bicúspide		
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo, molar		
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado*		* Los servicios requieren autorización Observaciones de necesidad médica y descripción del servicio

Servicios de apicectomía/perirradiculares*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D3410	Apicectomía: anterior	Una vez por diente permanente de por vida.	* Los servicios requieren autorización
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)		
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)		
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)		
D3430	Empaste retrógrado	Una vez por diente de por vida.	

Servicios de cirugía periodontal*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	Un código (D4210, D4211) una vez por cuadrante, cada 36 meses, por paciente.	* Los servicios requieren autorización
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos afectados o espacios interdentales por cuadrante		
D4240	Procedimientos de colgajo gingival, incluido el pulido radicular: cuatro o más dientes contiguos afectados o espacios interdentales por cuadrante		
D4241	Procedimientos de colgajo gingival, incluido el pulido radicular: de uno a tres dientes contiguos afectados o espacios interdentales por cuadrante		
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes contiguos afectados o espacios interdentales por cuadrante		
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante		
D4249	Alargamiento de corona clínica: tejido duro	Una vez por diente permanente de por vida.	

Servicios periodontales complementarios			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D4341	Raspado y pulido radicular periodontales: cuatro o más dientes afectados por cuadrante*	Un código (D4341 o D4342) una vez por cuadrante, cada 36 meses.	* Los servicios requieren autorización (D4341)
D4342	Raspado y pulido radicular periodontales: de uno a tres dientes afectados por cuadrante		No se requiere autorización
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, toda la boca	Dos códigos (D1110, D4346, D4910) cada 12 meses.	
D4355	Desbridamiento total de la boca para permitir evaluación y diagnóstico periodontal integrales	Uno cada 36 meses.	

Otros servicios periodontales*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D4910	Procedimientos de mantenimiento periodontales (después del tratamiento activo)	Cuatro códigos D4910 cada 12 meses.	No se requiere autorización
D4999	Procedimiento periodontal no especificado: observaciones de necesidad médica y descripción del servicio		* Los servicios requieren autorización

Dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5110	Dentadura postiza completa maxilar	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5120	Dentadura postiza completa mandibular	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	

Dentaduras postizas parciales			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: con base de resina (incluidos ganchos, soportes y dientes convencionales)	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón de metal con base de resina		
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible		
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: base de resina	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón de metal con base de resina		
D5226	Dentadura postiza mandibular parcial: base flexible		
D5221	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base de resina	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D5223	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: armazón de metal con base de resina		
D5222	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base de resina	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5224	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: armazón de metal con base de resina		
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5226	Dentadura postiza mandibular parcial: base flexible	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5227	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base flexible	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización
D5228	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base flexible	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	No se requiere autorización

Ajustes de dentaduras removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa mandibular		
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial maxilar		
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial mandibular		

Reparaciones de dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5511	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización
D5512	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, maxilar		
D5520	Reemplazo de dientes quebrados o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente)		
D5611	Reparación de base de resina de dentadura postiza, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses.	
D5612	Reparación de base de resina de dentadura postiza, maxilar		
D5621	Reparación de armazón, mandibular		
D5622	Reparación de armazón, maxilar		
D5630	Reparación o reemplazo de gancho quebrado: por diente		
D5640	Reemplazo de dientes quebrados: por diente		
D5650	Adición de diente a la dentadura postiza parcial existente		
D5660	Adición de gancho a la dentadura postiza parcial existente: por diente		

Procedimientos de rebasado de dentaduras postizas			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	Un código (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	Un código (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	Un código (D5720, D5740, D5760) Cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	Un código (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	Un código D5725 cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización

Procedimientos de revestimiento de dentaduras postizas			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Un código (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)		
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Un código (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)		
D5740	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	Un código (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D5760	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)		
D5741	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	Un código (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D5761	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)		
D5765	Protectores blandos para dentaduras postizas parciales o completas	Un código D5765 por arco cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	No se requiere autorización

Otros servicios para prótesis removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D5850	Acondicionamiento de tejido maxilar	Solo con la fabricación de una dentadura postiza nueva. No se permite durante 60 meses después de la entrega de la dentadura postiza nueva.	No se requiere autorización
D5851	Acondicionamiento de tejido mandibular		
D5863	Sobredentadura: maxilar completa	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	No se requiere autorización
D5864	Sobredentadura: maxilar parcial		
D5865	Sobredentadura: mandibular completa	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866), una vez cada 60 meses, por paciente.	
D5866	Sobredentadura: mandibular parcial		
D5876	Adición de subestructura de metal a la dentadura postiza acrílica completa	Solo se permite en la misma fecha del servicio que el código D5110, D5120, D5130, D5140.	
D5899	Procedimientos de prostodoncia removible no especificados: observaciones y radiografías prequirúrgicas*		* Los servicios requieren autorización
D5999	Prótesis maxilofaciales no especificadas, según informe: observaciones de necesidad médica y descripción del servicio*		

Implantes endoóseos*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6010	Colocación quirúrgica del implante: implante endóstico	Un código (D6010, D6013) cada 60 meses por cuadrante.	* Los servicios requieren autorización, excepto los de los códigos (D6090, D6092 y D6093).
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante		
D6056	Pilar prefabricado: incluye la modificación y la colocación	Un código (D6056, D6057) cada 60 meses por diente por paciente.	
D6057	Pilar fabricado personalizado: incluye colocación	Un código (D6056, D6057) cada 60 meses por diente por paciente.	
D6091	Reemplazo de parte reemplazable de adherencia de precisión o semiprecisión (componente femenino o masculino) de prótesis apoyadas en pilar/implante, por adherencia	Uno por diente cada 12 meses (después de 6 meses de la colocación inicial.	
D6106	Regeneración de tejido guiada: barrera reabsorbible, por implante	Un código (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente.	
D6107	Regeneración de tejido guiada: barrera no reabsorbible, por implante	Un código (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente.	
D7956	Regeneración de tejido guiada, área desdentada: barrera reabsorbible, por sitio	Un código (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente.	
D7957	Regeneración de tejido guiada, área desdentada: barrera no reabsorbible, por sitio	Un código (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente.	
D6110	Dentadura removible apoyada en implante/pilar para arco maxilar edéntulo	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D6111	Dentadura removible apoyada en implante/pilar para arco mandibular edéntulo	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	

Implantes endooseos (continuación)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6112	Dentadura removible apoyada en implante/pilar para arco maxilar parcialmente edéntulo	Un código (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D6113	Dentadura removible apoyada en implante/pilar para arco mandibular parcialmente edéntulo	Un código (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D6191	Pilar de semiprecisión: colocación	Un código (D6191) cada 60 meses por diente.	
D6192	Adherencia de semiprecisión: colocación	Un código (D6192) cada 60 meses por diente.	* Los servicios requieren autorización, excepto los de los códigos (D6090, D6092 y D6093).
D6197	Recolocación de material de restauración usado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis apoyada en implante fijada con tornillo	Un código (D6197) cada 12 meses por diente.	
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	Un código (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076 D6077, D6082, D6083, D6084, D6086, D6087, 6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) cada 60 meses, por cuadrante.	
D6059	Corona de porcelana pura a metal (altamente noble) apoyada en pilar		
D6060	Corona de porcelana pura a metal (base) apoyada en pilar		
D6061	Corona de porcelana pura a metal (noble) apoyada en pilar		
D6062	Corona de metal (altamente noble) apoyada en pilar		
D6063	Corona de metal (base) apoyada en pilar		
D6064	Corona de metal (noble) apoyada en pilar		
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante		
D6066	Corona apoyada en implante de porcelana pura a metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)		
D6067	Corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble) apoyada en implante		

Implantes endooseos (continuación)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6068	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana/cerámica		
D6069	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana fundida a metal (altamente noble)		
D6070	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana fundida a metal (metal predominantemente base)		
D6071	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana pura a metal (noble)		
D6072	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de metal (altamente noble)	Un código (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082, D6083, D6084, D6086, D6087, D6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) cada 60 meses, por cuadrante.	* Los servicios requieren autorización, excepto los de los códigos D6090, D6092 y D6093.
D6073	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de metal (predominantemente metal base)		
D6074	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de metal (metal noble)		
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de cerámica		
D6076	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana fundida a metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)		
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)		
D6082	Corona apoyada en implante: de porcelana pura fundida a aleaciones de metal predominantemente base		

Implantes endooseos (continuación)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6083	Corona apoyada en implante: de porcelana pura fundida a aleaciones de metal noble		
D6084	Corona apoyada en implante: de porcelana pura fundida a titanio y aleaciones de titanio		
D6086	Corona apoyada en implante, predominantemente aleaciones de metal base		
D6087	Corona apoyada en implante: de aleaciones de metal noble		
D6088	Corona de titanio y aleaciones de titanio apoyada en implante		
D6094	Corona apoyada en pilar, titanio		
D6097	Corona de porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio apoyada en pilar		
D6098	Retenedor apoyado en implante: de porcelana pura fundida a aleaciones de metal predominantemente base		
D6099	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas: porcelana fundida a aleaciones de metal noble		
D6120	Retenedor apoyado en implante: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D6121	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de metal: aleaciones de metal predominantemente base	Un código (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082, D6083, D6084, D6086, D6087, D6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) cada 60 meses, por cuadrante.	* Los servicios requieren autorización, excepto los de los códigos D6090, D6092 y D6093.
D6122	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de metal: aleaciones de metal noble		
D6123	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de metal: titanio y aleaciones de titanio		

Implantes endooseos (continuación)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6195	Retenedor apoyado en pilar: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D6090	Reparación de prótesis apoyadas en implante	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	No se requiere autorización
D6092	Recementación o readhesión de la corona apoyada en implante/pilar		
D6093	Recementación o readhesión de la dentadura postiza parcial fija en implante/pilar		

Dentaduras postizas parciales fijas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6205	Póntico: de compuesto a base de resina indirecta	Un código (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) por diente cada 60 meses.	* Los servicios requieren autorización
D6210	Póntico: de metal altamente noble		
D6211	Póntico: de metal base predominantemente		
D6212	Póntico: de metal noble		
D6214	Póntico de titanio		
D6240	Póntico: de porcelana pura a metal altamente noble		
D6241	Póntico: de porcelana pura a metal		
D6242	Póntico: de porcelana pura a metal noble		
D6243	Póntico: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D6245	Póntico: de sustrato de porcelana/cerámica		
D6250	Póntico: de resina con metal altamente noble		
D6251	Póntico: de resina con metal base		
D6252	Póntico: de resina con metal noble		
Dentaduras postizas parciales fijas* continuación			

Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6545	Retenedor: de metal para prótesis fijas unidas con resina	Un código (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794) por diente cada 60 meses.	
D6548	Retenedor: de porcelana/cerámica para prótesis fijas unidas con resina		
D6549	Retenedor de resina: para prótesis fijas unidas con resina		
D6602	Incrustación de retenedor: de metal noble, dos superficies		
D6603	Incrustación de retenedor: de metal noble, tres o más superficies		
D6604	Incrustación de retenedor: de metal base, dos superficies		
D6605	Incrustación de retenedor: de metal base, tres o más superficies		
D6606	Incrustación de retenedor: de metal noble, dos superficies		
D6607	Incrustación de retenedor: de metal noble, tres o más superficies		
D6608	Recubrimiento de retenedor: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D6609	Recubrimiento de retenedor: de porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D6610	Recubrimiento de retenedor: de metal altamente noble, dos superficies	Un código (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794) por diente cada 60 meses.	* Los servicios requieren autorización.
D6611	Recubrimiento de retenedor: de metal altamente noble, tres superficies		
D6612	Recubrimiento de retenedor: de metal predominantemente base, dos superficies		
D6613	Recubrimiento de retenedor: de metal predominantemente base, tres superficies		
D6614	Recubrimiento de retenedor: de metal noble, dos superficies		
D6615	Recubrimiento de retenedor: de metal noble, tres o más superficies		
Dentaduras postizas parciales fijas* continuación			

Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6624	Incrustación de retenedor: de titanio		
D6634	Recubrimiento de retenedor: de titanio		
D6710	Corona de retención: de a base de compuesto de resina indirecta		
D6720	Corona de retención: de resina con metal noble		
D6721	Corona de retención: de resina con metal predominantemente base		
D6722	Corona de retención: de resina con metal noble		
D6740	Corona de retención: de porcelana/cerámica		
D6750	Corona de retención: de porcelana pura a metal altamente noble		
D6751	Corona de retención: de porcelana pura fundida a metal noble		
D6752	Corona de retención: porcelana pura, metal noble		
D6753	Corona de retención: de porcelana pura fundida a titanio y aleaciones de titanio		
D6780	Corona de retención: 3/4 de metal altamente noble		
D6781	Corona de retención: 3/4 de metal predominantemente base		
D6782	Corona de retención: 3/4 de metal noble		
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio		
D6790	Corona de retención: completa de metal altamente noble		
D6791	Corona de retención: completa de metal base		
D6792	Corona de retención: completa de metal noble		
D6793	Corona de retención provisoria		
D6794	Corona de retención: de titanio		

Otros servicios de dentadura postiza parcial fija

Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D6930	Recementación de dentadura postiza parcial fija	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	No se requiere autorización
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija		
D6999	Procedimientos de prostodoncia fija no especificados:		* Los servicios requieren autorización

Cirugía bucal y maxilofacial (cirugía bucal o extracciones)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7140	Extracción: de diente brotado o raíz expuesta	Una vez por diente de por vida.	* Solo los servicios (D7210, D7250, D7251) requieren autorización.
D7210	Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere la extracción de hueso o seccionamiento del diente		
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando		
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente ósea		
D7240	Extracción de diente impactado: completamente ósea		
D7241	Extracción de diente impactado: completamente ósea con complicaciones quirúrgicas poco habituales		
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales		
D7251	Coronectomía: extracción dental parcial intencional, solo para dientes impactados		

Otros procedimientos quirúrgicos			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7260	Cierre de fístula oroantral	Dos por arco de por vida.	* D7284 requiere autorización.
D7261	Cierre primario de una perforación de la membrana sinusal		
D7284	Biopsia incisional de glándulas salivales menores*		
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal: duro		
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal: blando		

Alveoloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Un código (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.	No se requiere autorización
D7311	Alveoloplastia con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante	Un código (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		

Vestibuloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7340	Vestibuloplastia: extensión de borde (epitelización secundaria)	Una por arco de por vida.	No se requiere autorización
D7350	Vestibuloplastia: extensión de borde (incluidos injertos de tejido blando, readherencia de músculos, revisión de adherencia del tejido blando y control del tejido hipertrofiado e hiperplásico)		

Incisión quirúrgica			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal	No se permite junto con una extracción en la misma fecha del servicio.	No se requiere autorización
D7520	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extrabucal		
D7521	Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando extrabucal con complicaciones		

Escisión quirúrgica de lesiones*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm		* Los servicios requieren autorización
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm		
D7440	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7441	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm		
D7450	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7451	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm		
D7460	Extracción de quistes o tumores no odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7461	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm		
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	Dos por arco de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el proveedor.	
D7472	Extracción de rodete palatino	Una vez de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el proveedor.	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	Dos de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el proveedor.	
D7473	Extracción de rodete mandibular		

Otros procedimientos de corrección			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D7961	Frenectomía (frenilectomía) bucal/labial	Un código (D7961, D7963) una vez por arco de por vida. Un código (D7962) una vez por arco de por vida.	D7999 requiere autorización.
D7962	Frenectomía (frenilectomía) lingual		
D7963	Frenuloplastia		
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	Una vez por arco de por vida.	
D7971	Extirpación de encía pericoronal	Una vez por diente de por vida.	
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, según informe: observaciones de necesidad médica y descripción del servicio*	* Se requiere autorización	

Anestesia*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Una por miembro por fecha del por Medicare. No se permite con los códigos (D9239, D9243) el mismo día.	* Los servicios requieren autorización.
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada intervalo posterior de 15 minutos	Tres por miembro por fecha del por Medicare. No se permite con los códigos (D9239, D9243) el mismo día.	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Una por miembro por fecha del por Medicare. No se permite combinado con (D9222, D9223, D9239, D9243, D9248) el mismo día.	
D9239	Sedación intravenosa moderada (consciente)	Una por miembro por fecha del por Medicare. No se permite con los códigos (D9222, D9223) el mismo día.	
D9243	Sedación intravenosa moderada (consciente): cada intervalo posterior de 15 minutos	Tres por miembro por fecha del por Medicare. No se permite con los códigos (D9222, D9223) el mismo día.	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Una por miembro por fecha del por Medicare. No se permite con los códigos (D9222, D9223, D9230, D9239, D9243) el mismo día.	

Consulta con el profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita.	Una por proveedor o ubicación por año. No se permite con los códigos (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) cada el mismo proveedor o sitio.	No se requiere autorización

Visitas al profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D9410	Visita a domicilio/a un centro de atención prolongada	Una por fecha del servicio. 6 por año.	No se requiere autorización
D9420	Visita al hospital o a un centro quirúrgico ambulatorio		

Servicios varios*			
Código	Descripción	Frecuencia	Se requiere autorización
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	Dos códigos (D1206, D1208, D9910) cada 12 calendario.	* Estos servicios requieren autorización, excepto (D9910, D9999)
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas)	Una vez por año. No se permite con atención posquirúrgica de rutina ni tratamiento de alveolitis seca.	
D9950	Análisis de oclusión: montaje en articulador	Un código (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Una vez cada 12 meses.	
D9952	Ajuste oclusal: completo	Un código (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, según informe		

Servicios no cubiertos

El plan no cubre lo siguiente:

- Servicios dentales que no figuran en la tabla anterior.
- Servicios o artículos enumerados en la sección Limitaciones y Exclusiones, o servicios dentales que exceden las limitaciones de frecuencia.
- Servicios realizados fuera de los Estados Unidos de América.

Usted es responsable de todos los cargos relacionados con cualquier servicio excluido. También deberá pagar los costos de cualquier servicio recibido que supere los límites especificados.

Limitaciones y exclusiones

1. La cobertura se limita a los servicios enumerados en la tabla de beneficios. Si un servicio no figura en la tabla, no está incluido **ni cubierto.**

2. **No están cubiertos** los cargos relacionados con citas incumplidas, preparación o copia de informes dentales, duplicados de radiografías, facturas detalladas o formularios de reclamo.

Necesidad médica

Este es un requisito para que usted reciba un beneficio cubierto bajo este plan. Los servicios de atención dental que un proveedor, utilizando un criterio clínico sensato, brindaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que determinamos, cumplen con estas pautas:

- son coherentes con los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica;
- son clínicamente apropiados, en cuanto a tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y considerados efectivos para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente, y
- no son principalmente a conveniencia del paciente, dentista u otro proveedor de atención médica.

Los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica significan estándares basados en evidencia científica creíble publicada en literatura dental revisada por pares y son:

- generalmente reconocidos por la comunidad dental relevante;
- coherentes con los estándares establecidos en documentos de política que involucren criterios clínicos.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo en las situaciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide, tras la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con lumbalgia crónica en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.		• Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Entrega de comida a domicilio		• Cubierto como beneficio complementario para ciertas afecciones crónicas e inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
		Consulte la sección "Beneficio de comidas" de la Tabla de beneficios médicos más arriba en la Sección 2.1.
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o esfuerzo.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios de un naturoterapeuta (tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención odontológica que no sea de rutina		• Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos sin receta.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención quiropráctica de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras		• Con cobertura hasta las limitaciones indicadas en la sección Servicios dentales que figura más arriba en la Tabla de beneficios médicos anteriormente en este capítulo.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión		• Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. • La atención de la vista de rutina está cubierta como beneficio complementario. Consulte la sección "Atención de la vista" de la Tabla de beneficios médicos anterior en la Sección 2.1.
Cuidado de rutina de los pies	**No cubiertos en ninguna situación**	• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		• Los exámenes auditivos de rutina y los audífonos están cubiertos como se describe en la sección "Servicios auditivos" de la Tabla de beneficios médicos anteriormente en este capítulo.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según lasnormas de Original Medicare.	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura de medicamentos de la parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y de medicamentos paliativos.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla con estas normas básicas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) le escriba una receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias dentro de la red

¿Cómo busca una farmacia dentro de la red en su área?

Para encontrar una farmacia dentro de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores/farmacias, visitar nuestro sitio web (https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2024/find-a-pharmacy-2024/) o llamar al equipo de experiencia al cliente.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del equipo de experiencia al cliente o usar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web (*https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2024/find-a-pharmacy-2024/*).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la parte D en un centro de atención a largo plazo (LTC), comuníquese con el equipo de experiencia al cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los Nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** esta situación rara vez se produce).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores/farmacias* o llame al equipo de experiencia al cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados en nuestra "Lista de medicamentos" como "NMO" (que en inglés significa no disponible para pedido por correo).

Nuestro servicio de pedidos por correo le permite solicitar un **suministro de hasta 100 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le entregará en 7 a 10 días como máximo. Si su pedido se retrasa, comuníquese con el equipo de experiencia al cliente para ver si puede obtener un suministro temporal.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio del médico

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultarle primero a usted, si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Usó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe en la entrega automática de todas las nuevas recetas que se reciban directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento.

Para hacerlo, comuníquese con nuestra farmacia de pedido por correo. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con el equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no quiere y nadie se comunicó con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó el servicio de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese directamente con nuestra farmacia de pedido por correo. Para obtener ayuda, llame al equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.

Si nunca ha usado nuestra entrega mediante pedido por correo o decide que ya no le surtan las recetas nuevas de manera automática, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para saber si usted quiere que el medicamento se surta y se envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que indique si quiere que le envíen, retrasen o cancelen la receta nueva.

Para no usar la entrega automática de medicamentos con receta nuevos recibidos directamente desde el consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese directamente con nuestra farmacia de pedido por correo. Para obtener ayuda, llame al equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.

Resurtidos de recetas de pedido por correo Para resurtir sus medicamentos tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia

se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aun así quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con la farmacia 21 días antes de que el medicamento actual se agote. Esto asegurará que el pedido se le envíe a tiempo.

Para elegir no usar nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos mediante el pedido por correo, comuníquese directamente con nuestra farmacia de pedido por correo. Para obtener más información, llame al equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la "Lista de medicamentos" del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores/farmacias*, se detallan las farmacias dentro de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al equipo de experiencia al cliente para obtener más información.

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

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia dentro de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el equipo de experiencia al cliente** para ver si hay alguna farmacia dentro de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- **Viajes:** (contar con cobertura cuando viaje o esté fuera del área de servicio del plan). Si toma medicamentos con receta con regularidad y se va de viaje, asegúrese de tener la cantidad suficiente de los medicamentos antes de partir. Siempre que sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir medicamentos con receta, un "suministro para vacaciones", con anticipación a través de nuestras farmacias de pedidos por correo o minoristas.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma o se le terminan los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos con receta deberá pagar el costo total (en lugar de abonar solo su copago o coseguro solamente).
- Puede presentar un formulario de reembolso para solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde (es decir, el monto que le pagaríamos a una farmacia de la red). Si compra en una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su medicamento con receta. Para obtener información sobre cómo presentar una reclamación de reembolso, llame al equipo de experiencia al cliente.
- También puede llamar al equipo de experiencia al cliente para averiguar si hay una farmacia dentro de la red en el área donde se encuentra de viaje. No podemos pagar ningún medicamento con receta que se obtenga en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica.
- **Emergencia médica:** ¿Qué sucede si necesito un medicamento con receta debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia? Cubrimos los medicamentos con receta que se obtengan en farmacias fuera de la red en los Estados Unidos o uno de sus territorios si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos deberá pagar el costo total (en lugar de abonar solo su copago o coseguro solamente). Puede presentar un formulario de reembolso para solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Si compra en una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta.
- **Situaciones adicionales:** otras ocasiones en las que sus medicamentos con receta estarán cubiertos en farmacias fuera de la red. Cubriremos sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red si se cumple, al menos, uno de los siguientes requisitos:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
    - Si intenta obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en farmacias accesibles de la red o que brinden servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos más costosos).

  - Si se le administra una vacuna que es necesaria por razones médicas, pero que no está cubierta por la parte B de Medicare y ciertos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.

- Para todas las situaciones que se mencionan anteriormente, usted puede recibir un suministro para 31 días como máximo de medicamentos con receta.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare, y Medicare la ha aprobado.

Los medicamentos que se encuentran en la "Lista de medicamentos" son solo los que están cubiertos por la parte D de Medicare.

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

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado;
- -- *o* -- esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La "Lista de medicamentos" incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual que el medicamento de marca o producto biológico, pero cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Lo que *no* se incluye en la "Lista de medicamentos"

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figure en la "Lista de medicamentos". Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la "Lista de medicamentos"

Todos los medicamentos de la "Lista de medicamentos" del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- Nivel 2: medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca a un costo muy bajo.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos en los Niveles 4 y 5. También incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en los Niveles 1 y 2.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 3.
- Nivel 5: medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la "Lista de medicamentos" del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D*), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Tiene cuatro maneras de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (https://www.cnchealthplan.com/our-plans-2024/plan-documents-2024/). La "Lista de medicamentos" del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al equipo de experiencia al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (*member.elixirsolutions.com* o llame al equipo de experiencia al cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la "Lista de medicamentos". Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que el proveedor de atención médica recetó y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En la siguiente sección se brinda información adicional sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, esto por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Equipo

de experiencia al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original, pero suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que usted no respondería al medicamento genérico o biosimilar intercambiable, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte que le corresponde del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Límites de cantidades

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

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

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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si un medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo determinadas circunstancias, el plan debe brindar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la "Lista de medicamentos" del plan** NI **tener ningún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si formó parte del plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

- Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Permitiremos un suministro anticipado para 30 días del medicamento en la farmacia minorista y un suministro para 31 días como máximo en un entorno de atención a largo plazo para los medicamentos del formulario y un resurtido de transición de emergencia para los medicamentos que no se encuentran en el formulario (incluidos los medicamentos que se encuentran en el formulario, pero requieren autorización previa, o están sujetos a restricciones en el límite de cantidad).
- Esto no se aplica a licencias de corto plazo (es decir, días feriados o vacaciones) del centro de atención a largo plazo o los centros hospitalarios.
- Si está fuera del período de transición de 90 días, aun así brindaremos un suministro de emergencia para 30 días en la farmacia minorista o para 31 días como máximo en un entorno de atención a largo plazo de medicamentos que no se encuentran en el formulario cubiertos por la Parte D (incluidos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en el formulario que requerirían autorización previa o restricciones en el límite de cantidad), según cada caso, mientras se procesa una excepción.

- **Un miembro puede tener un cambio en su entorno de tratamiento por el nivel de atención que requiera. Estas transiciones incluyen las siguientes:**
  - Miembros que ingresan a un hospital o centro de enfermería especializada desde un entorno domiciliario.
  - Miembros que reciben el alta del hospital o centro de enfermería especializada y se trasladan a un entorno domiciliario.
  - Miembros que se transfieren de un centro de enfermería especializada a otro y reciben los suministros de otra farmacia.
  - Miembros que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la parte A de Medicare (en la que los planes incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan usar ahora su beneficio del plan de la parte D.
  - Miembros que abandonan el estado de hospicio y vuelven a la cobertura estándar de las partes A y B de Medicare.

Para los miembros que están fuera del período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención, CNC le permitirá al miembro acceder a un resurtido de los medicamentos del formulario por 30/31 días (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de atención a largo plazo [LTC]) y un resurtido de emergencia por 30/31 días (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de LTC) como surtido de transición para los medicamentos no incluidos en el formulario (incluidos los medicamentos de la parte D que están en el formulario del plan pero que requieren autorización previa, o que están sujetos a la excepción de límite de cantidad).

Esta política no aplica a licencias de corto plazo de centros de atención a largo plazo o centros hospitalarios.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Equipo de experiencia al cliente.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan y que funcione igual para usted. Puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifiquen solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarle a hacerlo. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la "Lista de medicamentos" del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

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

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento que usted utiliza está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo que funcione igual para usted. Llame al Equipo de experiencia al cliente y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso.

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

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer algunos cambios en la "Lista de medicamentos". Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- Agregar o quitar medicamentos de la "Lista de medicamentos".
- Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
- Agregar o quitar una restricción de cobertura de un medicamento.
- Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea según un cronograma regular. A continuación, indicamos los momentos en los que usted recibiría una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico sustituye a uno de marca en la "Lista de medicamentos" (o modificamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones al medicamento de marca, o bien implementamos ambas medidas)**
  - Podríamos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo sustituiremos con una versión genérica del mismo medicamento recién aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podremos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregarle nuevas restricciones, o bien implementar ambas medidas.
  - Podríamos no informarle de antemano antes de realizar el cambio, aunque actualmente esté tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al momento en

que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para tener la cobertura del medicamento de marca. Usted podría no recibir esta notificación antes de que realicemos el cambio.

- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o se lo puede retirar del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos retirar inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si usted está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
  - La persona autorizada a darle recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de medicamentos"**
  - Es posible que realicemos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado en reemplazo de un medicamento de marca de la "Lista de medicamentos" o modificar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o bien implementar ambas medidas. También podríamos realizar cambios en función de las advertencias resaltadas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación, o darle un aviso del cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia dentro de la red.
  - Después de que reciba la notificación sobre el cambio, debe trabajar con la persona autorizada a darle recetas para cambiar a otro medicamento que cubramos o que cumpla las nuevas restricciones que haya en el medicamento que esté tomando.
  - Usted o la persona autorizada a darle recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar determinados cambios en la "Lista de medicamentos" que no se describen arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si usted está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afecten a partir del 1.º de enero del siguiente año del plan, si usted sigue en el mismo plan.

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

- Que traslademos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Que implementemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Que quitemos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (salvo el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio indicado en las secciones que figuran arriba), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Tendrá que revisar la "Lista de medicamentos" del siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que le afecten durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, encontrará información sobre los tipos de medicamentos con receta que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una **indicación no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada está permitida solo cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information, y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para fomentar la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para fomentar el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información de su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de su membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, a la farmacia dentro de la red que usted elija. La farmacia dentro de la red facturará automáticamente al plan la parte del costo de su medicamento que *nos* corresponde. Usted le deberá pagar a la farmacia la parte que le corresponde *a usted* del costo cuando retire el medicamento con receta.

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

Si no tiene la información de membresía del plan en el momento de surtir una receta, usted o el personal de la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o usted puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Luego puede **solicitar que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura que figuran en este Capítulo.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que este use, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o el que este use forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, comuníquese con su equipo de experiencia al cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o tiene algún tipo de restricción?

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal como empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura de medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilados o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a darle recetas o por el hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le notifique antes de surtir la receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.

- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Contamos con un programa que ayuda a asegurar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa. Este programa se llama Programa de gestión de medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso que usted hace de medicamentos opioides sea adecuado y necesario por razones médicas. Si al trabajar con sus médicos decidimos que el uso que usted hace de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de médicos determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubrimos.

Si tenemos planeado limitar el modo en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta de antemano. En la carta, se indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que piense que es importante que sepamos. Luego de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a darle recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un reviso independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un tipo de cáncer activo o anemia falciforme, si recibe atención de hospicio, cuidados paliativos o atención del final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a usar de manera segura los opioides podrían obtener sus servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Usted recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, las dosis, los momentos en que debe tomarlos y el motivo por el que los toma. Además, los miembros que estén en el programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o siempre que hable con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la parte D que no se aplique a usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get* "*Extra Help*" *Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional, LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al equipo de experiencia al cliente y solicite la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento puntual para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al equipo de experiencia al cliente.

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

Hay diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama
costo compartido y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué se tiene en cuenta y qué *no* se tiene en cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa de cobertura inicial
  - La etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúan **determinadas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en los costos que paga de su bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre 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 que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa de interrupción de la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar por los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, Compensación de los Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al equipo de experiencia al cliente.

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la explicación de beneficios de la parte D (EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $8,000, este informe le dirá que ha pasado de la etapa del período sin cobertura a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Care N' Care Classic (HMO)?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** en su cobertura de medicamentos con receta de Care N' Care Classic (HMO). El monto que usted pague depende de la etapa en la que esté cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa están en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: etapa del deducible anual

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

Etapa 3: etapa del período sin cobertura

Etapa 4: etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la parte D* (EOB de la parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted ha hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina **costo que paga de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Si surtió una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la parte D. La EOB de la parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra el monto total de los costos de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios del medicamento.** Esta información muestra el precio total del medicamento y la información sobre aumentos de precio desde el primer surtido de cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menos costos compartidos de cada reclamo de receta.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta un medicamento con receta.** Esto nos ayudará a asegurarnos de que sepamos qué medicamentos con receta está surtiendo y cuánto está pagando.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, usted paga el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, denos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
  - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que le corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando recibe la EOB de la parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo o si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Care N' Care Classic (HMO)

No se aplican deducibles para Care N' Care Classic (HMO). Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto del copago *o* coseguro). La parte que le corresponde del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la "Lista de medicamentos" del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será su costo del medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- Nivel 2: medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca a un costo muy bajo.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos en los Niveles 4 y 5. También incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en los Niveles 1 y 2. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 3.
- Nivel 5: medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la "Lista de medicamentos" del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo surte:

- Una farmacia minorista dentro de la red.
- Una farmacia que no está dentro de la red del plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en ciertas situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubrimos una receta que se surte en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de proveedores/farmacias del plan.

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

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

Como se muestra en la tabla que figura a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel del costo compartido.

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

La parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la parte D:

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacia minorista (dentro de la red)** (suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)** (suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $47	Copago de $47	Copago de $47	Copago de $47
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $100
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido de diferentes recetas.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días que recibe del medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días como máximo.

La tabla que figura a continuación le muestra lo que usted paga cuando obtiene el suministro del medicamento a largo plazo.

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

La parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la parte D:

Nivel	**Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red)** (suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para 100 días como máximo)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	Copago de $20	Copago de $20
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $94	Copago de $94
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)	Copago de $200	Copago de $200
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de medicamentos especializados)	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos de este Nivel.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos de este Nivel.

No pagará más de $70 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido para las insulinas preferidas (las cuales figuran en la "Lista de medicamentos"). No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido para las insulinas no preferidas aprobadas (las cuales no figuran en la "Lista de medicamentos").

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $5,030.

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de $5,030 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la parte D que usted reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier otro tercero en su nombre por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $5,030.

Le avisaremos si llega a este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período de interrupción de la cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Los costos en la etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Para los medicamentos de marca selectos del Nivel 3, usted solo paga el copago del Nivel 3. El monto que usted paga se toma en cuenta para los costos que paga de su bolsillo y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 1 y los medicamentos genéricos selectos del Nivel 2 y Nivel 3, usted paga su copago del Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 o el 25% del costo, el monto que sea menor (el plan paga el resto del costo). Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted no paga más del 25% de los costos, y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período de interrupción de la cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que los montos anuales que paga de su bolsillo alcanzan un monto máximo que ha establecido Medicare. Una vez que alcanza este monto, $8,000, usted sale de la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas sobre qué se tiene en cuenta y qué *no* se tiene en cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa del período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajar.

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D

Usted ingresa en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $8,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que le corresponde pagar depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la "Lista de medicamentos" de su plan o comuníquese con el equipo de experiencia al cliente para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo **de la administración de la vacuna**. (A veces, esto se denomina administración de la vacuna).

La cantidad que usted paga por una vacuna de la parte D depende de tres cosas:

1. **Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
   - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, y no suponen ningún costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna se puede obtener de una farmacia o la puede proporcionar el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Como alternativa, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted 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 la que se encuentra**.**

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total, tanto de la vacuna en sí como el del proveedor que se la administra. Puede solicitar 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.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solamente paga la parte que corresponde del costo según su beneficio de la parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, encontrará tres ejemplos de formas en las que puede recibir una vacuna de la parte D.

Situación 1: Se le administra la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el coseguro *O* el copago por la vacuna propiamente dicha, lo que incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: Se le administra la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administra.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro *O* copago para la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que habitualmente pagamos nosotros. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna propiamente dicha.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el coseguro *O* el copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o por la administración de la vacuna.
- Y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para los servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el 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 las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por un monto superior a la parte que le corresponde del costo compartido, como se indica en el documento. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no se resuelve, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido que permite el plan. Si se contrata a este proveedor, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de urgencia o emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solo la parte que corresponde del costo para los servicios de emergencia o urgencia. los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de prestar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos que le rembolsemos la parte que nos corresponde 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 le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que nuestros proveedores cobren cargos adicionales, denominados facturación de saldos. Esta protección (que nunca que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la "Lista de medicamentos del plan"; o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamamos para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para las reclamaciones médicas, asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de miembro, la información del proveedor, la fecha del servicio, los códigos para el servicio o los suministros, los códigos de diagnóstico (ICD10) y el monto cobrado junto con los recibos detallados de cada suministro o servicio que haya recibido. Para las reclamaciones de medicamentos con receta, asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de miembro; el nombre y la concentración del medicamento; la cantidad surtida y el suministro por día; el número del Código Nacional de Medicamentos (NDC); el número de la receta (Rx); la fecha en que se surtió la receta; el nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia; el monto que se pagó por la receta; y el recibo.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.cnchealthplan.com) o llame al equipo de experiencia al cliente y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Para los beneficios médicos:	Para los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D:
Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Organizational Determinations 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234	Elixir Attn: DMR Department 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44087

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su rembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con respecto al monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y acorde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: prestación de 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 las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al equipo de experiencia al cliente.

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para obtener servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si los proveedores de la red del plan de una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan buscar proveedores de esa especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención que necesita. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. En caso de encontrarse 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 obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Care N' Care. Puede llamar al equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. Están disponibles: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central. También puede presentar una queja 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 asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan para que proporcione y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a programar las citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o vueltas a surtir en cualquier farmacia de nuestra red sin sufrir largas demoras.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice** (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos proporcionar su información médica a alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *primero tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito o la de la persona a quien usted le haya otorgado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros

usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto implica que no se comparta la información que lo identifica de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos por el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de salud para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido la información sobre su salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al equipo de experiencia al cliente.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

En su condición de miembro de Care N' Care Classic (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al equipo de experiencia al cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4, se brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que un servicio médico o un medicamento de la parte D no está cubierto o si su cobertura se encuentra restringida. En el Capítulo 9, también se incluye información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no tiene la capacidad de tomar usted mismo las decisiones.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar usted mismo las decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos específicos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una **instrucción anticipada**, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario, que puede tomar decisiones por usted en caso de no poder hacerlo. Quizás desee entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja a la siguiente dirección:

Texas Department of Aging and Disability Services
Consumer Rights and Services – Complaint Intake Unit
Mail Code E-249
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030
1-800-458-9858

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos 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 solicitar

una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al equipo de experiencia al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al equipo de experiencia al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare- Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de experiencia al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Con esta *Evidencia de cobertura* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan más detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura de medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a los médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando la prima de la parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tienes un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de coberturas y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas,** también llamadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para facilitar todo, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuadas en su caso. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el equipo de experiencia al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de coberturas y apelaciones**.

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURAS Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de coberturas y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de coberturas y apelaciones tratan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la parte B, incluido el pago). Para hacerlo más simple, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica.** Usted usa el proceso de decisiones de coberturas y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de coberturas antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no forma parte de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la evidencia de cobertura deja claro que el servicio en cuestión no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud se incluye si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos los motivos del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud se incluye si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos los motivos del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al equipo de experiencia al cliente**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si el médico le ayuda en una apelación después del nivel 2, tendrá que designarse como su representante. Llame al equipo de experiencia al cliente y pida el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com/members/member-tools-resources/).
    - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al equipo de experiencia al cliente y solicite el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com/members/member-tools-resources/). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que solicite algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de coberturas y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Equipo de experiencia al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno, como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar unaapelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a la atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes para solicitar un medicamento con receta de la parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para medicamentos con receta de la parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**

4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para servicios de atención hospitalaria, de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo 72 horas para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Sólo* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya ha recibido).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo del médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
  - Utilizaremos los plazos estándares.
  - Si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si la solicitud es para un **medicamento con receta de la parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, 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 de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para la decisión de cobertura rápida utilizamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si la solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará el motivo del rechazo.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón de por qué su apelación es tardía cuando presenta la apelación. Es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Nos comunicaremos con usted o su médico si necesitamos recopilar más información.

Plazos límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si no aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y le remitiremos 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 límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud para una apelación de Nivel 2, la cual será revisada por una

organización de revisión independiente. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o toda la solicitud para un medicamento con receta de la parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar dichos medicamentos en las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explicar su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares con el que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **If we say yes to your request**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por 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 enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

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

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

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamentos 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 cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, dicha farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones decisiones de coberturas y apelaciones de la parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la parte D se denomina una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitarnos que obtengamos una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedir un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una excepción. Una
excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la parte D para usted que no figura en nuestra "Lista de medicamentos". Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la "Lista de medicamentos", deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar 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 no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de la "Lista de medicamentos" del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra "Lista de medicamentos" contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos el medicamento por el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento por un monto menor de costo compartido. Este sería el nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento por el monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca y genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del *Nivel 5, medicamentos especializados.*
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o probablemente causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

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

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
    - Utilizaremos los plazos estándares.
    - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le explicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

EN LÍNEA mediante PromptPA: Para enviar su solicitud de determinación de cobertura en línea, haga clic aquí. Se lo redirigirá a PromptPA, nuestro sitio web anterior de autorización previa hospedado por Elixir.

Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que lo identifique, en relación con el reclamo denegado que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de medicamentos de la parte D, se llama una **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se llama una **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 855-791-5302**. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón de por qué su apelación es tardía cuando presenta la apelación. Es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para 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 deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo límite aplicable o tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación **en riesgo** conforme a un programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** de recibir la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** de recibir la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** de recibir la decisión de parte de dicha organización.

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

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

- Explicar su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de internación en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *"An Important Message from Medicare about Your Rights" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social, un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al equipo de experiencia al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Este le informa lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de su alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar de antemano una copia de este aviso, puede llamar al equipo de experiencia al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al equipo de experiencia al cliente. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la medianoche del día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo límite**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - **Si *no* cumple con este plazo límite** y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se le vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad e igualmente desea una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indicará su fecha prevista del alta y le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al equipo de experiencia al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de parte nuestra en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** calendario después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura de su atención hospitalaria durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comenzar con la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permanece en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha del alta planeada. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas.
    - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le indicará cómo iniciar un proceso de revisión de apelación de Nivel 3, que es administrado por un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar la decisión o pasar a una apelación de Nivel 3.

- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección solo aborda tres servicios:* servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo cobertura de **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal
Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica:
   - la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de prestar atención médica.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al equipo de experiencia al cliente. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Este decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada por razones médicas.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar decisiones de planes sobre el momento en el que se debe dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente la apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de falta de cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare.*
- Si se le vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad e igualmente desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que brinda detalles sobre las razones por las que se cancela la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en el que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **explicación detallada de falta de cobertura** de parte nuestra, en la que se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha cuando su cobertura finaliza, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza

su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** de su atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo límite para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, usted **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para que cumpla la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 la revisa un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Ley Administrativa o abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.** A diferencia de la decisión tomada con respecto a una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, esta pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de Ley Administrativa o el abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez de Ley Administrativa o abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no a esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar la atención médica o brindársela en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea 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 reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

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 ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la aceptan, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Ley Administrativa o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la aceptan, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide avanzar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está disconforme con nuestro equipo de experiencia al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Equipo de experiencia al cliente u otro personal del plan? o Entre los ejemplos se incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Omitimos darle un aviso requerido? • ¿O es nuestra información difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de coberturas y apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentó una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y la rechazamos; puede presentar una queja. • Si piensa que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de cobertura o de reembolso de determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que aprobamos, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido con plazos límite requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina **reclamo**. • **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**. • **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**. • Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

<u>Paso 1:</u> Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al equipo de experiencia al cliente.** Si hay algo más que deba hacer, el equipo de experiencia al cliente se lo indicará.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Los reclamos acelerados o rápidos se responderán en un plazo de 24 horas si el reclamo se relaciona con el rechazo del plan de tomar una determinación de la organización/de cobertura rápida o una reconsideración y usted todavía no ha recibido la atención médica. Atenderemos otras solicitudes de reclamo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si

usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en responder a su queja. Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente. Asegúrese de que la carta de su reclamo incluya su nombre, el número de identificación de miembro (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro), su dirección, número de teléfono, de qué se trata el reclamo, los hechos relacionados con el reclamo y la resolución que pretende.

- Envíenos su queja por escrito (también denominada reclamo) dentro de los 60 días del evento o incidente a la siguiente dirección:

  Care N' Care Insurance Company, Inc.
  Attn: Appeals and Grievances
  1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
  Farmers Branch, TX 75234
  O bien:
  Fax: 817-810-5214

- Para quejas sobre medicamentos con receta de la parte D: envíenos su queja por escrito (también denominada reclamo) dentro de los 60 días del evento o incidente a la siguiente dirección:

  Care N' Care Insurance Company, Inc.
  Attn: Part D Appeals and Grievances
  1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
  Farmers Branch, TX 75234
  O bien:
  Fax: 817-438-8483

- El **plazo límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Care N' Care Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. 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:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Care N' Care Classic (HMO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, se brinda información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si piensa dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde del costo hasta que se cancele la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el **período de inscripción abierta anual**). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida la cobertura que desea para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.° de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Care N' Care Classic (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Los períodos de inscripción varían según cada situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al

1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar al Equipo de experiencia al cliente.**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2024*** (Medicare y usted 2024).
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877- 486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Care N' Care Classic (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe seguir recibiendo artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Care N' Care Classic (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Care N' Care Classic (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la parte A y la parte B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del 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 equipo de experiencia al cliente para saber si el lugar a donde se está mudando o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General Investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Equipo de experiencia al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Care N' Care Classic (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al número del Equipo de experiencia al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, su Equipo de experiencia al cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Care N' Care Classic (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

"Ayuda adicional": un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Apelación: una apelación es un recurso que se presenta si no se está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o del pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud específico. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Biosimilar: medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan con la misma eficacia, y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, de acuerdo con las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios

sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes ambulatorios y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la parte A o la parte B de Medicare.

Copago: es un monto que es posible que deba pagar como la parte que le corresponde del costo por el servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro del mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener una receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos

recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo de experiencia al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder las preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Equipo médico duradero (DME): son ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen lo siguiente: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

E**tapa de cobertura inicial**: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a su nombre para el año, alcance los $5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada,

se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Care N' Care Classic (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen saldos** o cobren de otra manera un monto superior al monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia dentro de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática donde las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre formularios y beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: beneficio que otorga tratamiento especial a un miembro que se ha certificado médicamente que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas por el Congreso como medicamentos cubiertos de la parte D. Algunas categorías de medicamentos de la parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen una enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a la prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que pagará durante el año calendario por servicios cubiertos de la parte A y la parte B que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato.

Multa por inscripción tardía de la parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la parte D.

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejoraría de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional** o plan Medicare con **pago por servicio**): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período comprendido entre el 1.º de enero y 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 Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. Este período de inscripción Medicare Advantage también está disponible durante un plazo de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiar a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la parte A y la parte B a personas que tienen Medicare y se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, Planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la parte A y la parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Pago Por Servicio (PFFS) o un iv) plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado todo incluido para ancianos) combina servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), médicos y sociales para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan con la misma eficacia y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la parte D a los miembros en la parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo Ayuda adicional. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria: el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

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 del plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, ni son su propiedad ni los opera nuestro plan.

Proveedores de la red: **proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen las quejas si el plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Classic (HMO)

Método	Equipo de experiencia al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central. El equipo de experiencia al cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central; y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234
SITIO WEB	www.cnchealthplan.com

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	*1-800-252-9240*
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services 1100 West 49th Street Austin, TX 78756-3199
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

***Declaración de divulgación de la PRA**. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente emitido por la OMB para esta recolección de datos es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26- 05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help usted. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711) 。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711) 。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance- médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

CNC_MKDOC_103

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على[1-×××-×××-××××] (TTY: 1-877-374-7993 711) سيقوم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TYY: 777) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-374-7993 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サ―ビスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-374-7993 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサ― ビスです。

CNC_MKDOC_103

CNC_MKDOC_103